



Työterveyslaitos | Arbetshälsainstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Kohti koordinoitua yhteistoimintaa

AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN TYÖNJAKO

Pirjo Juvonen-Posti ja Tiina Pensola (toim)

Sosiaali- ja terveysministeriö

Työterveyslaitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kelan tutkimusosasto

Työterveyslaitos

Helsinki

Työterveyslaitos

Työterveyshuolto, www.ttl.fi

PL 40

00251 Helsinki

www.ttl.fi

Toimitus: Pirjo Juvonen-Posti ja Tiina Pensola

© 2016 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Sosiaali- ja terveysministeriön tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-663-0 (PDF)

TIIVISTELMÄ

Juvonen-Posti P & Pensola T (toim.) Kohti koordinoitua yhteistoimintaa.

Ammatillisen kuntoutuksen työnjako

Ammatillisella kuntoutuksella mahdollistetaan työkyvyn säilyminen sen heikentyessä sekä työuran jatkuminen työelämän ja työn vaatimusten muuttuessa. Ammatillinen kuntoutus ei kuitenkaan ole yksi yhtenäinen menetelmä vaan monialainen muodostuen useista kuntoutuksen osajärjestelmistä. Eri osajärjestelmissä ammatillisen kuntoutuksen tavoitteet, siihen pääsyn kriteerit ja sisältö vaihtelevat ja järjestelmä mahdollistaa myös väliinputoamiset. Lainsäädännölliset ja rakenteelliset muutokset ovat pyrkineet muovaamaan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta näiden osajärjestelmien kautta, mikä on kuitenkin haastavaa kokonaisuuden ohjauksen ja hallinnan kannalta.

Selvitystehtävän tavoitteena oli kartoittaa ammatillisen kuntoutuksen toimivuutta koko työikäisessä väestössä selvittämällä, millaisia muutoksia vuoden 2007 jälkeen toteutuneet lakimuutokset ovat aiheuttaneet ammatillisen kuntoutuksen työnjakoon ja kuntoutukseen pääsyyn, kuntoutuspalveluihin ja kuntoutumisen tukeen ja seurantaan. Lisäksi pohdittiin, miten ammatillisen kuntoutuksen työnjaon ylittävää yhteistyötä voitaisiin kuntoutusprosessissa lisätä, ja määriteltiin keskeisimmät tarpeet ammatillisen kuntoutuksen jatkotutkimukselle. Kelan tutkimusosasto vastasi osaselvityksestä, jossa tarkasteltiin vuoden 2014 alusta voimaan tulleen Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksen toteutumista ja merkitystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastasi selvityksestä työttömien ja Työterveyslaitos työssä olevien ammatillisen kuntoutuksen osalta.

Selvityksessä arvioidut lainsäädäntöuudistukset ovat muuttaneet valtaosaa vuonna 2007 kuntoutusasiain neuvottelukunnan määrittelemistä ammatillisen kuntoutuksen yhteistyön rajapinnoista. Ammatillisen kuntoutuksen toimivuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi ei riitä työnjaon yksityiskohtainen muuttaminen: tarvitaan asiakkaan kuntoutustarpeesta lähtevää kuntoutuksen järjestäjien ja toteuttajien koordinoitua ja tavoitteellista yhteistoimintaa. Kuntoutusjärjestelmän uudistuksessa olisi siirryttävä entistä tavoitteellisemmin monitoimijaiseen yhteistoimintaan. Selvitystyöryhmä esittää, että kaikkien väestöryhmien tulee päästä yhdenvertaisin perustein ammatilliseen kuntoutukseen. Ammatilliseen kuntoutukseen pääsevät tällä hetkellä muita paremmin vakituisessa, kokoaikaisessa työsuhteessa sekä keski- ja suurissa työpaikoissa työssä olevat. Erityisesti työttömien, yrittäjien ja ei-vakituisessa työsuhteessa olevien ammatillinen kuntoutus toteutuu riittämättömästi. Näille ryhmille ei ole vakiintuneita työ- ja toimintakyvyn tuen prosesseja.

Vuoden 2014 alusta voimaan tulleen lakimuutoksen myötä yhä useampi työikäinen, erityisesti nuori, on päässyt Kelan ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutus on kohdentunut haasteellisiin asiakasryhmiin, joilla on esimerkiksi mielenterveysongelmia. Työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa yhteistyö on tiivistynyt TE-toimistojen ja Kelan välillä. Koordinaation tarve on ilmeinen, ja TE-hallinnon tulisi ottaa vastuu työttömän työkyvyn tuen prosessin koordinoinnista ja työttömien ammatillisen kuntoutuksen etenemisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa kuntoutus tulisi ottaa vahvemmin osaksi strategista yhteistyötä ja liittää systemaattiseksi osaksi hoitoa ja työkyvyn tukea. Tällöin monitoimijainen verkosto vastuutahona pystyy muodostamaan yhteisen näkemyksen ja toimimaan kuntoutujan tukena kuntoutumisprosessin aikana. Uudistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa on mahdollisuus laajentaa ammattilaisten kuntoutusosaamista ja siten varmistaa ammatilliselle kuntoutukselle nykyistä vahvempi asema.

SAMMANDRAG

Juvonen-Posti P & Pensola T (red.) Mot en samordning av samarbetet.

Arbetsfördelning inom yrkesinriktad rehabilitering

Genom yrkesinriktad rehabilitering är det möjligt att bevara arbetsförmågan då den försvagas samt att fortsätta arbetskarriären då kraven på arbetslivet och arbetet ändras. Yrkesinriktad rehabilitering är emellertid inte endast en enhetlig metod, utan i praktiken ett samarbete mellan olika aktörer som består av flera delsystem för rehabilitering. I de olika delsystemen varierar målen för yrkesinriktad rehabilitering samt kriterierna för att bli antagen till rehabilitering. Även innehållet varierar, och det finns luckor i systemet. Syftet med lagstiftningsmässiga och strukturella ändringar har varit att försöka utforma rehabiliteringssystemet som helhet genom dessa delsystem, vilket emellertid är utmanande via styrning och administration av helheten.

Syftet med utredningsarbetet var att genom att utreda hur arbetsfördelningen inom yrkesinriktad rehabilitering, tillgången till rehabilitering, rehabiliteringstjänsterna samt stöd för och uppföljning av rehabilitering har ändrats på grund av de lagändringar som genomförts efter 2007 kartlägga hur den yrkesinriktade rehabiliteringen fungerar för hela den arbetsföra befolkningen. Dessutom diskuterades även hur man skulle kunna öka det samarbete som överskrider arbetsfördelningen inom yrkesinriktad rehabilitering under rehabiliteringsprocessen samt definierades de mest centrala behoven för fortsatt forskning av yrkesinriktad rehabilitering. FPA:s forskningsavdelning svarade för en delutredning, där man betraktade hur lagändringen om FPA:s yrkesinriktade rehabilitering som trädde i kraft i början av 2014 har genomförts samt dess betydelse. Institutet för hälsa och välfärd svarade för utredningen i fråga om yrkesinriktad rehabilitering för arbetslösa och Arbetshälsainstitutet för dem som är i arbetslivet.

De lagstiftningsreformer som bedömdes i utredningen har ändrat den största delen av gränssnitten för samarbete inom yrkesinriktad rehabilitering, vilka definierades 2007 av delegationen för rehabiliteringsärenden. Om man ska kunna förbättra den yrkesinriktade rehabiliteringens funktionalitet och effektivitet räcker det inte med en detaljerad ändring av arbetsfördelningen: det behövs målinriktat samarbete som samordnas av dem som ordnar och genomför rehabilitering och som utgår från klientens behov. Vid förnyandet av rehabiliteringssystemet borde man allt mer målinriktat övergå till ett samarbete mellan flera aktörer. Utredningsgruppen föreslår att alla befolkningsgrupper ska på jämlika grunder ha tillgång till yrkesinriktad rehabilitering. För närvarande har personer med fast heltidsanställning samt anställda på medelstora och stora arbetsplatser bättre möjligheter att beviljas yrkesinriktad rehabilitering. Yrkesinriktad rehabilitering genomförs inte i tillräcklig omfattning särskilt för arbetslösa, företagare och personer utan fast anställning. För dessa grupper finns det inga etablerade processer för att stödja arbets- och funktionsförmågan.

I och med lagändringen som trädde i kraft i början av 2014 har allt fler personer i arbetsför ålder, särskilt unga, fått delta i FPA:s yrkesinriktade rehabilitering och rehabiliteringen har riktats till utmanande klientgrupper med till exempel psykiska problem. Samarbetet har blivit tätare mellan TE-byråerna och FPA inom yrkesinriktad rehabilitering för arbetslösa. Behovet av samordning är uppenbart, och TE-förvaltningen borde också ta ansvaret för samordning av processen för stöd av arbetslösas arbetsförmåga och genomförandet av yrkesinriktad rehabilitering för arbetslösa. Inom social- och hälsovården samt företagshälsovården borde rehabiliteringen i högre grad utgöra en del av ett strategiskt samarbete och införlivas som en systematisk del av vård och stöd av arbetsförmåga. Då kan nätverket med flera aktörer som ansvarig instans nå en gemensam syn och stödja rehabiliteringsklienten under rehabiliteringsprocessen. Då strukturerna för social- och hälsovården förnyas finns möjligheten att utvidga yrkesmänniskornas rehabiliteringskompetens och därmed säkra en starkare ställning för yrkesinriktad rehabilitering jämfört med nuläget.

ABSTRACT

Juvonen-Posti P & Pensola T (eds.) Towards co-ordinated co-operation.

Division of tasks in occupational rehabilitation

Occupational rehabilitation makes it possible to maintain one's existing work ability regardless of its deterioration and to continue one's working career as work life and the requirements of work change. However, occupational rehabilitation is not a single, uniform method – in practice, it is made up of co-operation among several parties and consists of numerous rehabilitation sub-systems. The sub-systems differ in terms of their occupational rehabilitation targets, access criteria and content, and the system also leaves room for slipping through the net. The aim of legislative and structural changes has been to shape the overall rehabilitation system through these sub-systems; however, this is challenging from the point of view of controlling and managing the overall system.

The objective of the study was to analyse the functionality of occupational rehabilitation throughout the entire working-age population by investigating what kind of changes the legal amendments enforced after 2007 have brought about in the division of tasks in occupational rehabilitation, access to rehabilitation, rehabilitation services and support and follow-up of rehabilitation. Furthermore, the study considered how co-operation across the boundaries of task divisions in occupational rehabilitation could be increased in the rehabilitation process, and defined the key needs for further research into occupational rehabilitation. Kela's Research Department was responsible for the part of the analysis that looked into the enforcement and significance of the legal amendment affecting Kela's occupational rehabilitation, which entered into force at the beginning of 2014. The National Institute for Health and Welfare was responsible for analysing occupational rehabilitation among the unemployed and the Finnish Institute of Occupational Health for analysing it among the working population.

The legal reforms that were assessed in the analysis have changed the majority of the occupational rehabilitation co-operation interfaces defined by the Advisory Board for Rehabilitation in 2007. Detailed changes in the division of tasks are not enough to improve the functionality and effectiveness of occupational rehabilitation: what is needed is co-ordinated and target-oriented co-operation among parties organizing and implementing rehabilitation, with the client's rehabilitation needs as its starting point. The reform of the rehabilitation system should involve a more target-oriented shift towards co-operation among multiple parties. The analysis working group proposes that all population groups should gain access to occupational rehabilitation on the basis of equal criteria. Currently, people with permanent full-time employment and people working in medium-sized and large workplaces have better access to occupational rehabilitation. Especially among the unemployed, entrepreneurs and non-permanent employees, occupational rehabilitation is insufficient. For these groups, there are no established processes for supporting work ability and functional capacity.

Along with the legal amendment that entered into force at the beginning of 2014, an increasing number of working-age people, especially young people, has gained access to Kela's occupational rehabilitation, and rehabilitation has focused on challenging client groups suffering from mental health problems, for instance. In occupational rehabilitation for the unemployed, there is now closer co-operation between the Employment and Economic Development Offices and Kela. The need for co-ordination is evident, and the employment and economic development administration should adopt the responsibility for co-ordinating the work ability support process for the unemployed and for ensuring that occupational rehabilitation for the unemployed proceeds. In social welfare and health care as well as in occupational health care, rehabilitation should be included more closely in strategic co-operation and integrated as a systematic part of treatment and work ability support. In this case, a multi-party network as the responsible party is capable of forming a shared view and supporting the rehabilitation client during the rehabilitation process. The changing social welfare and health care structures offer



an opportunity to expand the professionals' rehabilitation competence and, as a result, ensure a stronger position for occupational rehabilitation.

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Abstract	6
1 Johdanto	9
2 Selvitystehtävä.....	11
3 Kelan vastuulla oleva ammatillinen kuntoutus.....	14
3.1 Osaselvityksen taustaa	14
3.2 Osaselvityksen kysymykset, aineistot ja menetelmät	15
3.3 Selvitystyön tulokset Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneen lakimuutoksen toteutumisesta ja merkityksestä	15
3.3.1 Tilastoihin perustuvat tarkastelut	15
3.3.2 Kelan asiantuntijalääkäreiden ja etuusvastaavien näkemykset	19
3.4 Pohdintaa Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneen lakimuutoksen toteutumisesta ja merkityksestä	21
4. Työttömien ammatillinen kuntoutus	28
4.1. Osaselvityksen taustaa	25
4.3 Osaselvityksen aineisto ja menetelmät	31
4.4 Osaselvityksen tulokset	32
4.4.1 Perusterveydenhuolto ja työttömien terveystarkastukset	33
4.4.2 Työttömien työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi	35
4.4.3 Kela työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa	41
4.4.4 Työeläkelaitokset työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa	46
4.4.5 Verkostoyhteistyö työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa	47
4.4.6 Ammatillisen kuntoutuksen organisointi ja osaaminen TE-toimistoissa	51
4.4.7 Ammatillisen kuntoutuksen palvelut ja koordinaatio TE-toimistoissa	57
4.4.8 Työttömät työnhakijat ja motivaatio ammatilliseen kuntoutukseen	61
4.4.9 Työmarkkinayhteydet osatyökykyisillä työttömillä työnhakijoilla	63
4.5 Ammatillinen kuntoutus työnvälitystilastoissa	65
4.5.1 Osatyökykyiset TE-palveluissa	65
4.5.2 Ammatillisen kuntoutuksen palvelut TE-toimistossa	68
4.6 Johtopäätökset työttömien ammatillisen kuntoutuksen tilanteesta	77
4.7 Pohdintaa työttömien ammatillisesta kuntoutuksesta	81
5. Työllisten ammatillinen kuntoutus	86
5.1. Osaselvityksen taustaa	86

5.2 Osaselvityksen kysymykset, aineistot ja menetelmät	94
5.3 Osaselvityksen tulokset	96
5.3.1 Varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen	96
5.3.2 Työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvä koordinaattorooli	102
5.3.3 Tapauskuvaus Antin useista työkokeiluun pääsemisyryksistä	110
5.3.4 Ammatilliseen kuntoutukseen työkykykoordinaattorin avulla?	114
5.3.5 Työssä olevien pääsy ammatilliseen ja siihen liittyvään lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen	117
5.3.6 Kelan AURA-kuntoutus	121
5.3.7 Oikeus työeläkekuntoutukseen 1.1.2015 alkaen ja työtapaturma- ja ammattitautilaissa voimaan tulevat muutokset ammatilliseen kuntoutukseen	122
5.3.8 ”Byrokriakioski” ja muita ratkaisuja	123
5.4 Pohdintaa työllisten ammatillisesta kuntoutuksesta	125
6 Selvitystyön yhteenveto ja ratkaisuehdotukset	130
6.1 Kohti koordinoitua yhteistoimintaa	130
6.3 Ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn oltava yhdenvertaista	134
6.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen osaamista	135
kehitettävä sote-uudistuksen yhteydessä	135
6.4 Ammatillinen kuntoutus asiakkaan kanssa	136
6.5 Tarpeet ammatillisen kuntoutuksen jatkoselvityksille ja tutkimukselle	138
Lähteet	140
Liite 1: KUVAUS AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN VASTUUNJAOSTA	156
Kuntoutusasiain neuvottelukunta tilanteen mukaan	päivitetty 1.1.2007

1. Johdanto

Ammatillinen kuntoutus voidaan määritellä rakenteen, toimenpiteiden tai tavoitteiden kautta. Tavoitteiden kautta määriteltäessä ammatillista kuntoutusta on kaikki se toiminta, joka auttaa osatyökykyistä ihmistä pysymään työssä tai palaamaan työhön (Waddell ym. 2008). Vaikuttavuuden näkökulmasta ammatillisessa kuntoutuksessa on tärkeää varhainen reagointi ja se, että toiminnan fokuksessa on selkeästi työhön pääsy, työssä jaksaminen tai työhön palaaminen. Vaikuttavuuden näkökulmasta myös työpaikkojen rooli on keskeinen: tuloksellinen ammatillinen kuntoutus edellyttää, että työpaikat eivät syrji ammatillisen kuntoutuksen asiakkaita, vaan ovat valmiita mukautamaan työolosuhteita tarpeen mukaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa kuntoutusasiain neuvottelukunnassa sovittiin vuonna 2007 ammatillisen kuntoutuksen työnjako (liite 1) ensisijaisesti kuntoutusta tarvitsevan työmarkkina-aseman mukaisesti. Tämän työnjaon sisällä kuitenkin eri osajärjestelmissä ammatillisen kuntoutuksen tavoitteet, siihen pääsyn kriteerit ja sisältö vaihtelevat. Toteutusta monimutkaistaa myös se, että monialainen (lääkinnällinen, sosiaalinen ja ammatillinen) työikäisten kuntoutusjärjestelmä on kuntoutujan ja häntä tukevien ammattilaisten näkökulmasta monimutkainen ja koostuu useista kuntoutuksen järjestäjistä ja toteuttajista. Lisäksi järjestelmä mahdollistaa väliinputoamiset (Miettinen 2011; Vehkasalo & Ojala 2013). Kuntoutusjärjestelmän hahmottamista ovat voineet vaikeuttaa työikäisten kuntoutuksen osajärjestelmien jatkuvat muutokset, jotka ovat muovanneet kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta. (Miettinen 2011)

Työnjako on muuttunut vuoden 2007 jälkeen mm. seuraavilla lainsäädäntömuutoksilla:

- 1.5.2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään kunnan järjestämisvastuulle ja sairaanhoidon yhteyteen kuuluva lääkinällinen kuntoutus sekä sen sisältö (29 §). Lain mukaan terveysneuvonta ja -tarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille (13 §).
- 1.6.2012 voimaan tulleet muutokset sairausvakuutuslaissa (19/2012) ja työterveyshuoltolaissa (20/2012), joissa tavoitteena on varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen.

- 1.1.2013 voimaan tullut laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (916/2012), jossa muutettiin työvoimapalveluiden roolia ammatillisessa kuntoutuksessa vahvemmin integroiduksi osaksi yleispalvelua.
- 1.1.2014 voimaan tulleet muutokset lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (973/2013), joiden perusteella ammatillisen kuntoutuksen tarve voi aikaisempaa vahvemmin perustua terveydellisten tekijöiden lisäksi myös sosiaalisiin tekijöihin.
- 1.1.2014 voimaan tullut uusittu valtioneuvoston asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (708/2013), jossa työterveyshuollolta edellytetään työkyvyn tukemisessa eri palveluiden yhteensovittamista ja seurantaa.
- 1.1.2015 alkaen kumottiin laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (HE 213/2014 vp).
- 1.1.2015 voimaan tullut laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014), jossa valtakunnallinen työvoiman palvelukeskus -toimintamalli lakisääteistettiin.
- 1.1.2015 voimaan tulleet lakimuutokset, joiden mukaan työeläkelaitosten tulee antaa ennakkopäätös oikeudesta työeläkekuntoutukseen työkyvyttömyyseläkehakemusta käsitellessä (HE 120/2014 vp; ETK 2015).
- 1.4.2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki (1301/2014), jonka 17 §:ssä määritellään sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteeksi sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen, syrjäytymisen torjuminen ja osallisuuden edistäminen sekä kuvataan palvelu.

1.1.2016 voimaan tullut uudistettu työtapaturma- ja ammattitautilaki (459/2015).

2 SELVITYSTEHTÄVÄ

Oikeus kuntoutukseen määrittyy kuntoutuksen osajärjestelmästä riippuen joko subjektiivisena oikeutena, tai tarvearvioinnin tai määrärahojen perusteella, mikä on yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallista. Viime vuosina lainsäädännön kehittämisessä painotus on ollut kuntoutuksen osajärjestelmien sisäisessä uudistamisessa kuntoutuksen vastuunjaon säilyessä pääosin ennallaan. Nykyisen kuntoutusjärjestelmän kehittäminen sen osajärjestelmien kautta asettaa suuria haasteita kokonaisuuden ohjaukselle. Vahva koordinaatio, yhteistyö ja kuntoutus- ja sosiaalivakuutusjärjestelmien osaaminen ovat välttämättömiä, sillä kuntoutumisprosessi on usein yhdistelmä monen eri tahon vastuulle kuuluvia palveluja ja etuuksia. Eri palveluiden ja etuuksien joustava yhteensovittaminen on kuntoutujan kannalta sujuvan ja vaikuttavan kuntoutumisen perusedellytys.

Ammatillisen kuntoutuksen toimivuuden kartoituskoko työikäisessä väestössä oli osa monialaisen kuntoutuksen selvitystä. Selvityksen tilannekatsauksessa (STM 2015a) kuntoutusasiain neuvottelukunta nosti esiin näkökohtia kuntoutuksen kohdentamisesta ja kuntoutusjärjestelmän muutoksista. Ensinnäkin väestön kuntoutustarpeet ja niihin vastaamisen tavat muuttuvat yhteiskunnallisen tilanteen ja väestörakenteen muuttuessa. Toiseksi tilannekatsauksessa todetaan, että toimintaympäristön muuttuessa voimassa olevat kuntoutukseen pääsyn kriteerit vaativat uutta tarkastelua.

Tilannekatsauksessa asetettiin tavoitteita toukokuun 2015 lopussa käynnistyneelle hallituskaudelle. Tavoitteissa painotettiin ennaltaehkäisevää työtä, kuntoutusprosessien toimivuuden varmistamista, kuntoutujan aseman parantamista ja kuntoutujalähtöisen valtakunnallisen ja alueellisen koordinaation vahvistamista. Valtakunnalliseksi tavoitteeksi asetettiin kuntoutuksen vaikuttavuuden seurannan edistämiseksi kattavan tietopohjan rakentaminen, mikä koostuu kaikkien kuntoutuksen toimijoiden yhteisestä raportoinnista. Uuden alueellisen kuntoutuksen yhteistyön tavoitteeksi asetettiin kuntoutusprosessien hallinnasta ja yhteistyöstä sopiminen alueellisesti. Neuvottelukunta haastoi tähän työhön mukaan uuden sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen vastuutoimijat ja kaikki muut kuntoutusta järjestävät ja korvaavat tahot.

Osaamisen ja käytäntöjen uudistustarpeiksi nostettiin kokonaisvaltaisen ja elämäntilanteen huomioivan toiminta- ja työkykyarvioinnin kehittäminen. Tavoitteeksi asetettiin se, että kaikkien toimijoiden on kyettävä tekemään arviointi ja sen pohjalta tunnistamaan erilaiset kuntoutustarpeet. Kuntoutuspalveluiden kehittämistarpeiksi nostettiin vankka ja yhtenäinen lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden kehittäminen. Ammatillisen kuntoutuksen osalta neuvottelukunta totesi kehittämistarpeeksi kuntoutuksen mahdollisimman varhaisen käynnistämisen, jotta ammatillisen kuntoutuksen tuloksellisuus työuravaikutusten näkökulmasta paranisi. Toinen ammatilliseen kuntoutukseen liittyvä kehittämisalue olisi työttömien työkyvyn arviointi, kuntoutustarpeen tunnistaminen ja työttömien kuntoutukseen pääsyn parantaminen. Kolmanneksi esitettiin Kelan kuntoutuksen yläikärajojen nostamista ikääntyvien työssä jatkamisen tukemiseksi eläkeiän noustessa.

Tässä raportoitavan selvitystehtävän tavoitteena oli kartoittaa ammatillisen kuntoutuksen toimivuutta sekä työllisten että vailla työsuhdetta olevien työikäisten keskuudessa. Tavoitteena oli myös ammatillisen kuntoutuksen palveluiden ja kehittämistarpeiden kuvaus, olemassa olevan tutkimustiedon kokoaminen ja käytäntöön sovellettavan tiedon kehittäminen. Ammatillisen kuntoutuksen toimivuuden kartoittaminen toteutettiin:

- 1) Selvittämällä millaisia muutoksia vuoden 2007 jälkeen toteutuneet ja vielä valmisteilla olevat lakimuutokset ovat aiheuttaneet ammatillisen kuntoutuksen työnjakoon liittyen suoraan tai epäsuorasti kuntoutukseen pääsyyn, kuntoutuspalveluihin ja kuntoutumisen tukeen ja seurantaan.
- 2) Tarkastelemalla erityisesti, miten ammatillisen kuntoutuksen työnjaon ylittävää yhteistyötä voitaisiin jatkuvassa kuntoutusprosessissa lisätä.
- 3) Määrittelemällä keskeisimmät tarpeet ammatillisen kuntoutuksen työnjaon kehittämiseksi, jatkoselvityksille ja tutkimukselle.

Selvitystyö jaettiin STM:n toimesta kolmeen osaan, jotka toteutettiin sovitulla tavalla yhteistyönä. Selvitystyössä Kelan tutkimusosasto vastasi osaselvityksestä, jossa tarkastellaan vuoden 2014 alusta voimaan tulleen Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneen lakimuutoksen toteutumista ja merkitystä (luku 3). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos vastasi selvityksestä työttömien osalta (luku 4) ja Työterveyslaitos vastasi selvityksestä työssä olevien osalta (luku 5) sekä selvitystyön koordinoinnista. Kuvaamme osaselvitystehtävät omissa luvuissaan ja luvussa 6 esitämme yhteenvedon ja ratkaisuehdotukset.

Selvitystyöryhmään kuuluivat Työterveyslaitokselta vanhempi asiantuntija Pirjo Juvonen-Posti ja erikoistutkija Tiina Pensola, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta tutkija Peppi Saikku sekä Kelan tutkimusosastolta johtava tutkijalääkäri Katariina Hinkka, erikoistutkija Karoliina Koskenvuo ja johtava ylilääkäri Ilona Autti-Rämö.

Kuntoutusasiain neuvottelukunta asetti monialaisen kuntoutuksen osaselvityksille omat tukiverkostonsa kevään 2014 aikana. Tukiverkostossa esiin nousseet teemat (liite 2) on raportoitu osaselvityksittäin ja yhteenvedossa.

3 KELAN VASTUULLA OLEVA AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Katariina Hinkka ja Karoliina Koskenvuo

3.1 Osaselvityksen taustaa

Vuoden 2014 alusta astuivat voimaan muutokset lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Muutosten perusteella ammatillisen kuntoutuksen tarve voi perustua terveydellisten tekijöiden rinnalla sosiaalsiin tekijöihin aikaisempaa vahvemmin. Laista poistui myöntöedellytysten osalta työkyvyttömyyden uhka, ja opiskelukyvyn heikentyminen lisättiin perusteeksi käynnistää ammatillinen kuntoutus. Lainmuutoksen jälkeen työ- tai opiskelukyvyn olennaisista heikentymistä arvioitaessa otetaan aiempaa vahvemmin huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Asianmukaisesti diagnostisoidun sairauden, vian tai vamman lisäksi arvioon vaikuttavat myös muut vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksiin vaikuttavat tekijät, kuten alentunut fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky sekä taloudelliset ja sosiaaliset seikat, esimerkiksi velkakierre, pitkittynyt työttömyys tai asunnottomuus ja syrjäytymisvaara.

Lainmuutoksen tavoitteena on, että yhä useampi työikäinen ja erityisesti nuori pääsee riittävän varhain ammatilliseen kuntoutukseen. Hallituksen esityksessä (HE 128/2013 vp) todetaan: "Lainmuutoksen myötä myös sellaiset henkilöt täyttäisivät ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytykset, joilla pelkkä sairaus, vika tai vamma yksinään ei aiheuttaisi työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien heikentymistä, mutta joiden kokonaistilanne olisi sellainen, että työ- tai opiskelukyky ja ansiomahdollisuudet olisivat olennaisesti heikentyneet tai niiden arvioitaisiin lähivuosina olennaisesti heikentyvän."

Oikea-aikaisella ja riittävän varhaisella ammatillisella kuntoutuksella voidaan ehkäistä työelämästä syrjäytymisen riskiä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon ikä, aikaisempi toiminta, koulutus, sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä se, voidaanko ammatillisen kuntoutuksen keinoin myöhentää tai estää eläkkeelle siirtymistä tai mahdollistaa eläkkeeltä työhön paluu. Sairauslähtöisestä arvioinnista on haluttu siirtyä kohti laajempaa ja moniulotteisempaa kokonaisarviointia ihmisen työ- ja toimintakyvystä sekä

3.2 Osaselvityksen kysymykset, aineistot ja menetelmät

15

myönnetään selvästi eniten nuorille. Ratkaisuja tehtiin kaikilla erityisvastuualueilla (ERVA: HYKS, TYKS, TAYS, KYS, OYS) edellistä vuotta enemmän. Ratkaisujen määrät lisääntyivät suhteellisesti ottaen eniten TYKS:n, TAYS:n ja HYKS:n alueilla. Ammatillisen kuntoutuksen hakemuksista hylättiin vuonna 2014 yhteensä 4 145 (24,8 % kun lakkautusratkaisuja ei oteta huomioon) ja vuonna 2013 yhteensä 3 843 (26,4 %). Hylkäysprosentit laskivat kaikissa ikäryhmissä. Alueittain tarkasteltuna hylkäysprosentit laskivat kaikilla muilla ERVA-alueilla paitsi OYS:n alueella (2014: 28,7 %, 2013: 25,3 %). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisut vuosina 2014 ja 2013 ikäryhmän ja erityisvastuualueen mukaan

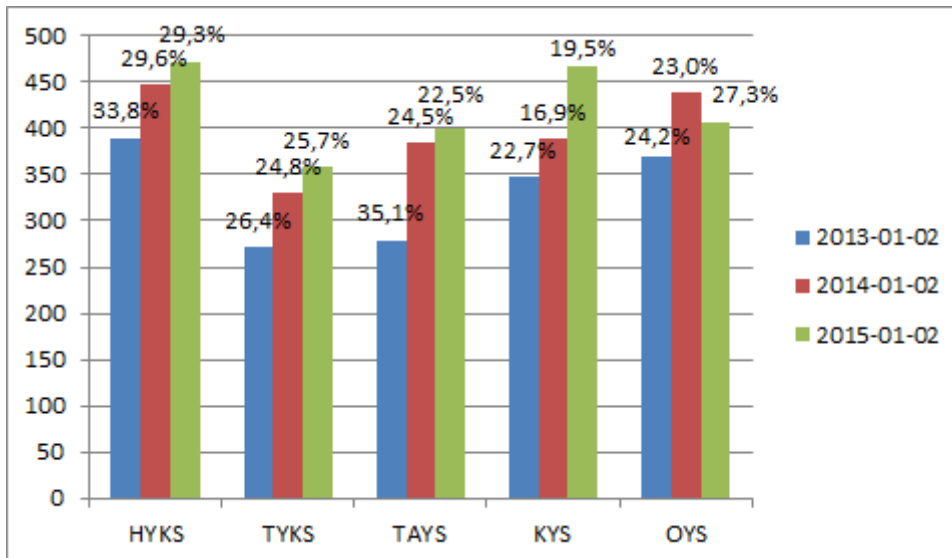
KKRL 6 §	2014					2013			
	Yhteensä	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys % ¹	Muutos, % ²	Yhteensä	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys % ¹
Kaikki	18929	12575	4145	24,8	14,8	16483	10702	3843	26,4
alle 25	6697	4552	1280	21,9	16,9	5731	3881	1145	22,8
25–34	3895	2 606	793	23,3	15,3	3377	2212	722	24,6
35–44	2632	1710	628	26,9	6,3	2477	1580	607	29,1
45–54	3512	2276	895	28,2	16,9	3003	1848	850	31,5
yli 55	2193	1431	549	27,7	15,7	1895	1181	519	30,5
HYKS	4451	2794	1124	28,7	16,1	3835	2340	1042	30,8
TYKS	3135	2180	636	22,6	18,1	2655	1786	615	25,6
TAYS	3518	2446	694	22,1	17,3	2998	1935	751	28,0
KYS	3790	2606	664	20,3	12,3	3376	2248	622	21,7
OYS	4029	2546	1026	28,7	11,5	3612	2391	809	25,3

¹Lakkautusratkaisuja ei oteta huomioon hylkäysprosenttia laskettaessa.

²Muutos vuodesta 2013, %. Lakkautusratkaisut mukana.

Verrattaessa alkuvuoden tilastoja kolmen vuoden osalta (2013, 2014, 2015) havaitaan myönteisten ratkaisujen kasvu vuoden 2014 osalta kaikilla ERVA-alueilla. Vuoden 2015 alkuvuoden tarkastelu osoittaa, että OYS:n alueella myönteisiä ratkaisuja on tehty vähemmän edeltävien kahden vuoden

vastaaviin ajankohtiin verrattuna. Hylkäysprosentit ovat nousseet TYKS:n, KYS:n ja OYS:n alueilla jos verrataan vuoden 2015 alkua edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. ¹Ammatillisen kuntoutuksen myöntöratkaisut ja hylkäysprosentit tammi-helmikuussa 2013, 2014 ja 2015 erityisvastuualueittain (HYKS, TYKS, TAYS, KYS, OYS)

Eniten ammatillista kuntoutusta myönnetään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella (7 057 myönteistä ratkaisua vuonna 2014, edelliseen vuoteen verrattuna 18,2 % enemmän). Seuraavaksi eniten ammatillista kuntoutusta myönnetään tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella (2 583 myönteistä ratkaisua vuonna 2014, edelliseen vuoteen verrattuna 20,6 % enemmän).

Sairauspääryhmittäin tarkasteltuna mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden, silmä- ja korvasairauksien sekä synnynnäisten epämuodostumien ja kromosomipoikkeavuuksien perusteella haetusta ammatillisesta kuntoutuksesta hylättiin noin 20 prosenttia. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, hermoston sairauksien sekä umpieritys-, ravitsemus- ja aineenvaihduntasairauksien pääryhmissä hylkäysprosentit olivat vähän alle 30 prosenttia. Verenkiertoelinten sairauksien ja vammojen tai muiden ulkoisten syiden perusteella haetusta ammatillisesta kuntoutuksesta hylättiin

¹ Vuoden 2013 lopussa tulleiden hakemusten ratkaisuja on voitu siirtää vuoden 2014 alkuun, joka on saattanut hieman vaikuttaa vuoden 2014 tammi-helmikuun ratkaisujen määriin ja hylkäysprosenttiin.

vähän yli 30 prosenttia. Verrattuna vuoteen 2013 hylkäysprosentit laskivat tai pysyivät ennallaan suurimmassa osaa sairauspääryhmiä lukuun ottamatta silmän ja korvan sairauksia. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisut vuosina 2014 ja 2013 sairauspääryhmän mukaan

KKRL 6 §	2014			2013		
	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys %	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys %
Umpieritys-, ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet	222	87	28,2	164	96	36,9
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	7057	1896	21,2	5968	1679	22,0
Hermoston sairaudet	634	251	28,4	627	265	29,7
Silmän ja sen apuelinten sairaudet	446	108	19,5	424	83	16,4
Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet	270	69	20,4	248	51	17,1
Verenkiertoelinten sairaudet	205	92	31,0	154	90	36,9
Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	2 583	1 032	28,5	2 142	1 063	33,2
Syynnynäiset epämuodostumat ja kromosomipoikkeavuudet	325	102	23,9	258	91	26,1
Vammat, myrkytykset ja muut ulkoisten syiden seuraukset	331	168	33,7	267	137	33,9
Muut pääryhmät	499	288	36,6	447	262	37,0

Toimenpiteittäin tarkasteltuna eniten ammatillista kuntoutusta myönnetään ammattikoulutukseen (3 256 myöntöä vuonna 2014), jonka lisäksi ammatillista kuntoutusta voidaan myöntää myös korkeakouluopintoihin ja pohjakoulutukseen. Seuraavaksi yleisimpiä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä ovat työhönvalmennus (1 852 myöntöä vuonna 2014) ja Tyk-kuntoutus (1 524 myöntöä vuonna 2014). Lukumääräisesti tarkasteltuna myönteiset ratkaisut lisääntyivät kaikissa ammatillisen kuntoutuksen eri toimenpiteissä. Kuntoutustarveselvityksiä tehtiin vuonna 2014 edelliseen vuoteen verrattuna enemmän, myönnöt lisääntyivät erityisesti myös kuntoutuskurssien osalta. Ammatillisen kuntoutuksen koulutusta myönnettiin aiempaa enemmän korkeakouluopintoihin ja pohjakoulutukseen. Vuonna 2014 myönteiset ratkaisut kuntoutustutkimuksiin, vaikeavammaisten apuvälineisiin ja työ- ja koulutuskokeiluihin eivät sen sijaan näytä suhteellisesti ottaen merkittävästi lisääntyneen. Hylkäysten suhteellinen osuus pieneni erityisesti kuntoutustarveselvitysten, ammatillisten kuntoutuskurssien ja Tyk-kuntoutuksen osalta. Edelliseen vuoteen verrattuna

hieman enemmän hylättiin korkeakouluopintoihin ja pohjakoulutukseen haettua ammatillista kuntoutusta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisut vuosina 2014 ja 2013 toimenpiteen mukaan

KKRL 6 §	2014			2013		
	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys %	Myöntö	Hylkäys	Hylkäys %
Pohjakoulutus	182	37	16,9	129	23	15,1
Ammattikoulutus	3256	661	16,9	2888	640	18,1
Korkeakouluopiskelu	672	216	24,3	525	146	21,8
Vaikeavammaisten apuvälineet	545	262	32,5	513	259	33,5
Tyk-kuntoutus	1524	393	20,5	1149	387	25,2
Ammatilliset kuntoutuskurssit	956	298	23,8	686	271	28,3
Kuntoutustarveselvitys	1019	331	24,5	725	328	31,1
Kuntoutustutkimus	1290	668	34,1	1208	633	34,4
Työ- ja koulutuskokeilu	1181	455	27,8	1078	409	27,5
Työhönvalmennus	1852	132	6,7	1718	139	7,5
Muut	98	52	34,7	83	46	35,7

3.3.2 Kelan asiantuntijalääkäreiden ja etuusvastaavien näkemykset

Osana toimeenpanon seuranta Kela selvittää lakimuutosten vaikutuksia etuustoiminnasta käytännössä vastaaville työntekijöille suunnatuilla kyselyillä. Ensimmäinen digium-kysely asiantuntijalääkäreille ja etuusvastaaville ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksista tehtiin maaliskuussa 2014. Joulukuussa 2014 kysely toteutettiin yhteistyössä tutkimusosaston kanssa. Lomakkeeseen lisättiin selvitystehtävän kannalta tarpeelliset kysymykset.

Joulukuussa 2014 lähetettyyn kyselyyn vastasi 43 asiantuntijalääkärää (20 %) ja 14 kuntoutuksen tai kuntoutusrahan etuusvastaavaa (52 %). Vastaajista 86 % piti lainmuutoksen tavoitteita itselleen

erittäin selkeinä tai selkeinä. Osuus oli hieman noussut alkuvuodesta. Kaksi kolmesta ilmoitti lain-säädännön muutoksen helpottaneen ratkaisutyötään. Vain muutama vastaaja oli huomannut lain-muutoksen vaikutuksia B-lausunnoissa.

Valtaosa vastaajista ei osannut sanoa lainmuutoksen vaikutuksesta hakemusmääriin, joskin tämä osuus oli pienempi (62 %) kuin alkuvuonna (73 %). Hakemusmäärän arvioi nousseen 23 prosenttia vastaajista, kun alkuvuonna nousua raportoineita oli 5 prosenttia.

Vain 18 prosenttia vastaajista arvioi yhteistyötahojen tuntevan lainmuutosta riittävästi. Avoimissa vastauksissa puutteet ja epätietoisuus liitettiin niin yleisperiaatteisiin, hakemismahdollisuuksiin, toimintakyvyn arviointiin, myöntöperusteisiin ja toimenpiteisiin kuin eri toimijoihinkin. Mainittiin, että kuntoutuksen tarvetta tai toimenpidettä ei arvioida asiakkaan tarpeesta lähtien eikä kuntou-tus ole aina oikea-aikaista tai tarkoituksenmukaista. B-lausunnoissa puutteita oli ilmennyt erityi-sesti ammatillisten suunnitelmien osalta. Myös työeläkelaitosten ja Kelan työnjaon ja toimenpi-teiden epäselvyys mainittiin.

Avoimissa vastauksissa lainmuutoksen vaikutuksista ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuihin nou-sivat myönteisinä esille kokonaistilanneharkinta ja myöntöedellytysten laajeneminen. Muutama maininta liittyi toimintalinjojen yhtenäisyyden tehostamisen tarpeeseen.

Lainmuutoksen käytännön toteutukseen liittyen pyydettiin kommentteja ja kehittämis ehdotuksia. Samalla kysyttiin havaintoja erityisen haasteellisista asiakasryhmistä. Vastaajat nostivat asiakasryh-minä esille psyykkisesti sairaat, allergiaa sairastavat ja kehitysvammaiset nuoret sekä reumaa sai-rastavat ja mielenterveysongelmaiset henkilöt. Näiden ryhmien osalta vastaajien pohdinnat liittyi-vät terveydentilan ja työkyvyn arviointiin, hoitoon, koulutuksiin ja ammattialoihin sekä konkreetti-siin käytännön tilanteisiin kuten pitkiin matkoihin. Kommentteja kirvoitti myös yhteistyö työeläke-laitosten kanssa sekä palveluntuottajien yhteistyö työterveyshuollon ja työnantajien välillä. Eräs vastaaja kaipasi mahdollisuutta pitäytyä lääketieteessä ja vakuutuslääketieteessä, jolloin ei tarvitsisi arvioida hakijan kokonaistilannetta.

Lomakekyselyn palaute siihen liittyvine keskusteluineen toteutettiin tammikuun lopussa 2015 sisäisessä koulutustilaisuudessa, jossa käsiteltiin lainsäädäntömuutoksia työeläkejärjestelmän ja Kelan kannalta sekä pohdittiin yhteistyön solmukohtia. Keskustelussa kaivattiin joustoa työeläkelaitosten kriteereihin, pidettiin kuntoutusta liian myöhäisenä työkyvyttömyyseläkkeen hakuvaiheessa käynnistyessään ja todettiin vastuunjako työeläkelaitosten ja Kelan välillä varsin selkeäksi. Toimivia käytäntöjä ja onnistumisia toimenpiteiden yhteensovittamisessa esitettiin, mutta myös tarvetta ohjeisiin yhteistyömenettelyistä tuli esille. Kelan sisäisen yhteistyön haasteita ja ratkaisuja etsittiin alustuksessa ja keskusteluissa.

3.4 Pohdintaa Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneen lakimuutoksen toteutumisesta ja merkityksestä

Vuoden 2014 Kelan ammatillista kuntoutusta koskevat lakimuutokset merkitsevät siirtymistä kohti moniulotteisempaa kokonaisarviointia kuntoutuksen tarpeessa olevan työ-, opiskelu- ja toimintakyvystä sekä elämäntilanteesta. Tavoitteena oli, että yhä useampi työkäinen, erityisesti nuori, pääsisi riittävän varhain ammatilliseen kuntoutukseen. Ennakkoon arvioitiin, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen saajamäärät lisääntyisivät noin 1 000 henkilöllä vuosittain.

Tilastoihin perustuvat tarkastelut osoittavat, että ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määrät lisääntyivät kaikissa ikäryhmissä ja erityisesti nuorten kohdalla. Lisäys saajamäärissä edelliseen vuoteen verrattuna ylitti ennakkoarviot. Hylkäysprosentit myös laskivat kaikissa ikäryhmissä. Näin ollen keskeisimmät tavoitteet ja ennakkoarviot ammatilliseen kuntoutukseen pääsystä näyttävät toteutuneen, kun tarkastellaan vuotta 2014.

Alueelliset tarkastelut tuovat esille myös eroja. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määrät lisääntyivät vuoteen 2013 verrattuna eniten TYKS:n, TAYS:n ja HYKS:n alueilla. Vuonna 2014 hylkäysprosentit laskivat kaikilla muilla ERVA-alueilla paitsi OYS:n alueella. Alkuvuoden 2015 tilastojen tarkastelu osoittaa, että hylkäysprosentit myös muilla kuin OYS:n alueella (TYKS, KYS) ovat nousseet. Kokonaiselämäntilanteen huomioiva moniulotteisempi arviointi ammatillisen kuntoutuksen tarpeessa olevan työ-, opiskelu ja toimintakyvystä on aiempaa herkempi vaihtelulle ja tulkinta-

eroille, joten koulutus ja yhtenäisten arviointi- ja toimintalinjojen edelleen kehittäminen on tärkeää. Myös asiantuntijalääkäreille ja etuusvastaaville suunnatussa kyselyssä tuotiin esille tarve toimintalinjojen yhtenäisyyden tehostamiseen.

Alue-erojen tarkastelu ja tarkempi selvittäminen on tärkeä jatkotutkimuksen aihe. Työllisyystilanne ja sairastavuus vaihtelevat alueittain ja eroja on myös palvelujärjestelmissä ja toimintatavoissa, jotka tulee ottaa huomioon aluetarkasteluja tehtäessä. Tämän lisäksi käytettävissä olivat vasta yhden kokonaisen vuoden tilastot ja vasta jatkoseuranta kattaen useamman lakimuutoksen jälkeisen vuoden antaa luotettavamman pohjan vaikutusten ja erojen arvioinnille ja selittämiselle.

Etuustoiminnasta käytännössä vastaaville suunnatussa kyselyssä yksi vastaaja kaipasi mahdollisuutta pitäytyä lääketieteessä ja vakuutuslääketieteessä, jolloin ei tarvitsisi arvioida kokonaistilannetta (kuten syrjäytymisuhkaa, sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä). Monialainen työ- ja toimintakyvyn arviointi asettaa omat haasteensa koulutusjärjestelmälle. Lääkäreiden koulutuksessa painottuu potilaan työ- ja toimintakyvyn objektiivinen diagnoosiin perustuva arviointi. Syrjäytymisen ukaan ja sosiaalisiin tekijöihin liittyvä arviointi jää koulutuksessa vähemmälle huomiolle. Sosiaalivaikutukseen, kuntoutusjärjestelmään ja työ- ja toimintakyvyn monialaiseen arviointiin liittyvää koulutusta tulee lisätä lääkärin perus- ja jatkokoulutuksessa.

Kelan ammatillista kuntoutusta myönnetään eniten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella. Erityisesti nuorilla nämä häiriöt ovat merkittävimpiä syitä Kelan sairausperusteisten etuuksien ja ammatillisen kuntoutuksen hakemiselle. Verrattuna muihin sairauspääryhmiin, suhteellisesti ottaen vähiten hylätään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella haettua ammatillista kuntoutusta. Haasteellisiksi asiakasryhmiksi nostettiin mielenterveysongelmaiset ja kehitysvammaiset nuoret. Tilastojen perusteella voi todeta, että Kelan ammatillista kuntoutusta on kohdennettu näihin asiakasryhmiin. Toukokuussa 2015 Kelassa käynnistyi nuorille suunnattu Mikä kunto? -kampanja, joka on osa nuorten yhteiskuntatakuuta. Kampanjan kohderyhmänä ovat ensisijaisesti 16–25-vuotiaat nuoret.

Valitettavasti monen nuoren kohdalla hyvin toteutunut ammatillinen kuntoutus ei nuoren pyrki-
myksistä ja toiveista huolimatta johda työelämään sijoittumiseen, vaan toimeentulon vaihtoehtoksi jää työkyvyttömyyseläke (Koskenvuo ym. 2011). Yhteistyön muotoja, joilla tuetaan ammatillisen kuntoutuksen jälkeistä työhön sijoittumista, tulee entisestään kehittää ja tehostaa esimerkiksi Kelan ja TE-hallinnon kesken. On myös tarvetta selkeyttää reittiä, jolla vajaakuntoinen nuori pääsee suorittamaan ammattitutkintoa (Koskenvuo ym. 2014). Tärkeätä on myös poistaa työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiotulon kannustinloukkuja sekä edistää osatyökykyisten mahdollisuuksia päästä ja palata ansiotyöhön. 1.10.2015 alkaen Kela on voinut maksaa myös osakuntoutusrahaa, mikä parantaa mahdollisuuksia yhdistää joustavammin työtä ja kuntoutusta.

Asiantuntijalääkäreille ja etuusvastaaville suunnatussa kyselyssä esille nousi yhteistyötahojen vielä riittämätön tuntemus lainmuutoksesta. Puutteita ja epätietoisuutta liittyy lainmuutosten yleisperiaatteisiin ja perusteisiin, toimintakyvyn arviointiin ja B-lausuntoihin. Kyselyssä, Kelan sisäisessä koulutustilaisuudessa tammikuussa 2015 ja myös monialaisen kuntoutuksen selvitystyön tutkijoiden ja tukiverkon tapaamisessa toukokuussa 2015 Kelan ja työeläkelaitosten välinen yhteistyö ja työnjako ovat nousseet esille. Keskusteluissa on mm. kaivattu joustoa työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen edellytyksiin, kuten ansiorajoihin. Tällä hetkellä Kelan ja työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset eroavat toisistaan. Myös työelämässä olevilla tarve ammatinvaihtoon ja uudelleen kouluttautumiseen lisääntyy. Tulisikin pohtia mikä merkitys olisi sillä, jos myös työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen edellytyksissä huomioitaisiin opiskelukyvyn heikentyminen mahdollisena perusteena käynnistää ammatillinen kuntoutus ja painotettaisiin asiakkaan kokonaistilannetta entistä vahvemmin.

Työelämätaustaisten työttömiksi jääneiden henkilöiden pääsy ammatilliseen kuntoutukseen nähdään tällä hetkellä yhtenä haasteena eri toimijoiden välisen yhteistyön ja vastuunjaon näkökulmista. Kelan ja TE-toimistojen välinen uusi menettelyohje on laadittu. Eläketurvakeskuksen ammatillaisten haastatteluihin perustuvan tutkimuksen mukaan viimeaikaiset lakiuudistukset ovat parantaneet eri toimijoiden välisiä yhteistyökäytäntöjä työkyvyn hallinnan ja kuntoutusprosessin

varhaisvaiheissa, etenkin työsuhteessa olevien työntekijöiden kohdalla. Haasteellisimmaksi nähdään ammatillisen kuntoutuksen toteuttaminen ja vastuunjako tilanteissa, joissa työkykyongelmia kokeva henkilö on yhtä aikaa TE-toimiston, työeläkelaitoksen tai Kelan asiakas. Tulosten perusteella näyttää siltä, että työeläkelaitosten ja Kelan yhteistyö ammatillisessa kuntoutuksessa on viime vuosina selkeytynyt, mutta etenkin työeläkelaitosten ja TE-toimistojen vastuunjaossa olisi selkeyttämisen tarvetta. Yksilölliset asiakkaan rinnalla kulkevat tukihenkilöt nähdään hyvänä keinona edistää kuntoutumista ja työhön paluuta. (Liukko ja Kuuva 2015.)

Kela on viime vuosina kehittänyt työkykyä tukevia toimintamalleja, kuten työkykyneuvontaa, joka kohdentuu yksilöllisen tuen ja neuvonnan tarpeessa oleville sairauspäiväraha- ja eläkeasiakkaille. Työkykyneuvonnalla tehostetaan asiakkaan kuntoutustarpeen selvittämistä ja kuntoutukseen ohjaamista. Tammikuussa 2012 käynnistyneeseen työkykyneuvontaan ohjaututaan pääasiassa sairauspäiväraha-prosessin kautta. Tällä hetkellä runsaasta 300 000 sairauspäivärahan saajasta noin 1,5 prosenttia ohjautuu työkykyneuvontaan. On tarpeen kehittää toimintamallia siten, että neuvontaan pääsee myös omasta aloitteestaan tai esimerkiksi hoitavan lääkärin ohjaamana. Toimintaa kehitettäessä tulee huolehtia myös riittävästä resursseista.

Edelleen haasteena on kuntoutuksen riittävän varhainen ja oikea-aikainen käynnistyminen. Myös tiedonkulun, yhteistyön ja vastuunjaon pulmia esiintyy ja yhteistyömenettelyyn kaivataan ohjeita. Työttömien työkykyongelmien havaitseminen, kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen järjestämisvastuu koetaan myös monialaisen kuntoutuksen haasteena.

4 Työttömien ammatillinen kuntoutus

Peppi Saikku

4.1. Osaselvityksen taustaa

Lukuisat kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset kertovat työttömyyden ja terveyden yhteydestä (ks. esim. Heponiemi ym. 2008; Bartley 2006; Kauppinen ym. 2010; Karvonen 2008). On runsaasti näyttöä siitä, että työttömät voivat keskimäärin huonommin ja ovat sairaampia kuin työlliset. Syy- ja seuraussuhteet eivät ole yksiselitteisiä, koska tiedetään, että työttömyys vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin, mutta on myös todettu, että huono terveys vaikeuttaa työllistymistä. Kyse onkin siten moniulotteisesta ja mahdollisesti jopa itse itseään vahvistavasta kierteestä: heikompi terveys edesauttaa työttömäksi jäämistä, jonka aikana terveys voi edelleen heikentyä. Fyysisen tai psyykkisen terveyden heikkeneminen tai lähtökohtaisesti heikko terveys saattaa estää työuran vakautumista ja johtaa uran epävakaistumiseen tai katkaista sen kokonaan (Mannila 1993). Työttömyyden pitkittymisen ja toistuvuuden on myös havaittu alentavan työkykyä (Pensola ym. 2006). Työttömien kuolleisuus on moninkertainen samanikäisiin työllisiin verrattuna (Pensola ym. 2012c).

Vuonna 2014 työttömiä työnhakijoita oli keskimäärin kuukaudessa 325 653 henkilöä ja heistä noin joka kahdeksas (41 771) oli osatyökykyinen. Osatyökykyisten osuus työttömistä työnhakijoista on pysynyt miltei samalla tasolla koko 2000-luvun. Kotimaisessa työnhakijoita koskevassa tutkimuksessa on todettu, että työllistymisen esteet ovat usein heikosti selitettävissä vain iällä, sukupuolella, koulutustasolla tai alueellisilla tekijöillä, sillä työttömyys pitkittyy usein myös terveyteen ja elämänhallintaan liittyvien tekijöiden johdosta (Terävä ym. 2011). Tutkimustulosten perusteella panostusta tarvitaan ensisijaisesti palveluohjausprosessien kehittämisessä, jotta asiakkaan kannalta oikeat toimenpiteet löydetään riittävän ajoissa. Tämä vaatii työvoimaviranomaisten ja sosiaali- ja terveystalouden entistä tiiviimpää yhteistyötä. (Emt.)

Toisen tutkimuksen mukaan vähintään 1000 päivää työttömyysturvaa saaneissa oli yleisemmin ikääntyviä, vähän koulutettuja, pitkään aiemmin työttömänä olleita, terveysongelmaisia ja yksin eläviä (Aho & Mäkiäho 2012). Kaikkein vaikeimmin työllistyvät osallistuivat työvoimahallinnon toimenpiteisiin jonkun verran muita työttömiä työnhakijoita harvemmin. (Emt.) Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että terveysongelmat ja työttömyyden pitkittyminen liittyvät usein toisiinsa. Näin ollen terveysongelmiin tulisi puuttua riittävän ajoissa muun muassa ammatillisen kuntoutuksen keinoin ja siten osaltaan pyrkiä estämään työttömyyden pitkittymistä.

Työmarkkina-aseman on useissa tutkimuksissa todettu vaikuttavan niin terveysongelmien ja kuntoutustarpeiden toteamiseen, kuntoutukseen hakeutumiseen kuin kuntoutuksen saamiseenkin (esim. Rajavaara 2000; Saikku 2009; Pensola ym. 2012a; Gould ym. 2014). Työttömien kohdalla työhön paluun tukikeinot näyttävät toimivan selvästi heikommin kuin työsuhteessa olevilla (Liukko & Kuuva 2015, 88). Marketta Rajavaara (2013, 67–68) toteaa, että ammatillisessa kuntoutuksessa työikäisten ohjautuminen kuntoutuspalveluihin työmarkkina-aseman ja muiden sosioekonomisten tekijöiden perusteella ei näytä olevan vähenemässä. Viimeaikaisten työkykypolitiikan uudistusten hyödyt ovat saattaneet koitua lähinnä ansiotyössä käyville (emt.). Vain työterveyshuollon piirissä olevia koskevia viimeaikaisia muutoksia ovat olleet esimerkiksi vuonna 2011 voimaan tullut lakimuutos, jossa työnantaja kannustetaan työntekijöiden työkyvyn tuen ja seurannan järjestämiseen korotetulla työterveyshuollon korvauksella sekä vuonna 2012 voimaan tulleet muutokset työnantajan velvollisuudesta seurata pitkittyviä sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon velvollisuudesta arvioida työntekijän jäljellä oleva työkyky (ks. tarkemmin luku 5).

Erityisesti pitkäaikaistyöttömät ovat kuntoutuksen kokonaisjärjestelmässä väestöryhmä, jonka työ- ja toimintakyvyn hallinnan ja kuntoutuksen vastuita yritetään siirtää osajärjestelmältä toiselle (Rajavaara 2013, 68). Pitkäaikaistyöttömille kehiteltyjä kuntouttavia toimia pidetään usein ns. non-institutionaalisenä kuntoutuksena, joka ei varsinaisesti kuulu osaksi kuntoutusjärjestelmää (ks. Karjalainen 2011). 2000-luvulla kuntien vastuuta pitkäaikaistyöttömyyden hoidosta on lisätty muun muassa kuntouttavan työtoiminnan järjestämisvastuun (2001) ja työmarkkinatukiuudistusten

(2006 ja 2015) kautta. Hallitusohjelma linjaa, että kuntien vastuuta vaikeimmin työllistyvien palveluista tultaneen edelleen lisäämään (Ratkaisujen Suomi 2015, 14).

Työurien pidentämistä ajavan ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä vähentävän politiikan näkökulmasta merkittävää on, että tutkimuksissa on havaittu työttömyyden usein edeltävän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Laaksonen ym. 2014; Blomgren ym. 2011). Jopa 23 prosenttia eläkkeelle siirtyneistä oli ollut vähintään kaksi vuotta työttömänä eläkettä edeltävien neljän–viiden vuoden aikana (ks. myös Pensola ym. 2010). Pitkäaikaistyöttömyyttä kokeneita oli erityisen paljon työ- ja kansaneläkkeen yhdistelmälle siirtyneissä, mikä kertoo osittain näiden henkilöiden katkonaisesta työurasta. Erityisen paljon pitkäaikaistyöttömänä olleita oli hermoston sairauksien sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneissä. (Blomgren ym. 2011, 21.)

OECD (2008; 2010) on raporteissaan nostanut esille muun muassa työttömien osatyökykyisten suuren määrän Suomessa suhteessa muihin OECD-maihin, julkisten työvoimapalvelujen heikon palvelutarjonnan osatyökykyisille, ammatillisen kuntoutuksen järjestelmän pirstoutuneisuuden sekä yksilöllisen palveluohjauksen tarpeen. Osatyökykyiset työssä -työryhmäraportin (STM 2013a, 6) mukaan Suomessa jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle noin 25 000 henkilöä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevia työhaluisia ja työkykyisiä henkilöitä on arvioitu olevan noin 30 000 ja työttöminä työnhakijoina olevia osatyökykyisiä on noin 40 000 henkilöä. Osatyökykyiset muodostavat työvoimapotentialin, jonka käyttömahdollisuutta olisi edistettävä. (Ks. myös Lehto 2011; Vuorela 2008).

4.2. Osaselvityksen kysymykset

Työttömien ammatillisen kuntoutuksen osaselvityksen tavoitteena oli selvittää 1) mitkä tekijät edistävät tai estävät työttömien ammatillisen kuntoutuksen ja siihen liittyvän lääkinnällisen tai sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista, ja 2) miten TE-palvelut pystyvät tällä hetkellä vastaamaan ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin.

Viime vuosina on toteutettu useita lainsäädäntöuudistuksia, joilla voidaan nähdä olevan merkitystä työttömien ammatillisen kuntoutuksen sekä siihen liittyvän yhteistyön ja työnjaon kannalta. Tällaisia lakimuutoksia ovat:

- Terveystarkastuslaki (1326/2010)

Terveystarkastuslain 13 §:ssä määritellään, että kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveystarkastuksen ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveystarkastusta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille.

- Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (916/2012)

Uudessa lainsäädännössä ei työttömän työnhakijan määritelmään ole enää sisällytetty työkykyisyyttä ja työmarkkinoiden käytettävissä oloa koskevia edellytyksiä. Laissa ei myöskään mainita käsitettä ammatillinen kuntoutus. Hallituksen esityksen (HE 133/2012 vp) mukaan ammatinvalinta- ja urasuunnittelupalvelu, ammatillisen kuntoutuksen palvelu ja koulutus- ja ammattitietopalvelu ehdotetaan yhdistettäväksi ammatinvalinta- ja uraohjaukseksi, jolla tuetaan henkilöasiakasta ammatinvalinnassa, ammatillisessa kehittämisessä, työelämään sijoittumisessa ja elinikäisessä oppimisessa. Esityksen mukaan kaikki ehdotetun palveluvalikoiman palvelut olisivat myös niiden asiakkaiden käytössä, joiden vamma tai sairaus vaikeuttaa työllistymistä. Vaikka ammatillista kuntoutusta ja siihen kuuluvia palveluja ei erikseen määritellä laissa, julkisia työvoima- ja yrityspalveluja

tarjotaan jatkossakin ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa niille asiakkaille, joiden vamma tai sairaus vaikeuttaa työllistymistä.

- Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytysten muutos vuodesta 2014 alkaen (ks. myös luku 3)

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 §:n muutoksessa poistettiin työkyvyttömyyden uhkan käsite ja se korvattiin työ- ja opiskelukyvyn heikentymisellä. Lisäksi korostettiin kokonaistilanteen huomioonottamista. Laista poistettiin myös viittaussäännös, jonka mukaan Kansaneläkelaitoksella ei ollut velvollisuutta järjestää ammatillista kuntoutusta, jos ammatillinen kuntoutus oli järjestetty julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta annetun lain perusteella. Hallituksen esityksessä (HE 128/2013 vp) muutosta perustellaan erityisesti sillä, että se mahdollistaisi varhaisen ammatillisen kuntoutuksen myöntämisen työelämään vakiintumattomille, kuten nuorille.

- Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014)

Vuonna 2015 voimaan tullut lainsäädäntö työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta säättää yhteistoimintamallista, jossa työ- ja elinkeinotoimisto, kunta ja Kansaneläkelaitos yhdessä arvioivat työttömien palvelutarpeet, suunnittelevat työttömien työllistymisen kannalta tarkoituksenmukaiset palvelukokonaisuudet sekä vastaavat työttömien työllistymisprosessin etenemisestä ja seurannasta silloin, kun työttömällä arvioidaan olevan monialaisen yhteispalvelun tarve, ja työtön on saanut työmarkkinatukea vähintään 300 päivää työttömyyden perusteella tai hän on täyttänyt 25 vuotta ja on ollut työtön yhtäjaksoisesti 12 kuukautta tai hän on alle 25-vuotias ja on ollut työtön yhtäjaksoisesti kuusi kuukautta.

Hallituksen esityksen (HE 183/2014 vp) mukaan työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun tavoitteena olisi edistää työttömien työllistymistä tarjoamalla heidän palvelutarpeensa mukaisia julkisia työvoimapalveluja sekä sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja. Monialaisella yhteispalvelulla voidaan esimerkiksi nykyistä paremmin tavoittaa ja ohjata pitkäaikaistyöttömiä terveys- ja kuntoutuspalvelujen piiriin ja siten ehkäistään työttömien syrjäytymistä työmarkkinoilta sekä

laajemmin yhteiskunnasta. Yhteispalvelua varten ei perusteta uutta organisaatiota, vaan kukin toimintamallissa mukana oleva viranomainen toimii omien toimivaltuuksiensa puitteissa. Laissa ei myöskään säädetä uusista työttömille tarjottavista palveluista, vaan laki velvoittaa toimintamallissa mukana olevat tahot sovittamaan nykyisin tarjolla olevat palvelut työttömän työllistymisen kannalta tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi.

Koska työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu luo yhden rakenteen eri viranomaistahojen väliselle asiakasyhteistyölle, kumottiin laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) vuoden 2015 alusta alkaen (1220/2014).

- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Uudessa sosiaalihuoltolaissa ei säädetä ammatillisesta kuntoutuksesta. Lain 17 §:ssä säädetään kuitenkin sosiaalisesta kuntoutuksesta, johon kuuluu sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen, valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan, ryhmätointa ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin sekä muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Nuorten sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan nuorten sijoittumista työ-, työkokeilu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikkaan sekä ehkäistään näiden keskeyttämistä. Näin ollen voidaan nähdä, että etenkin nuorten sosiaalisella kuntoutuksella on kiinteä yhteys myös mahdollisiin ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmiin ja toimenpiteisiin.

Osaselvityksen tavoitteena oli vastata selvitykselle asetettuihin kysymyksiin kuvaamalla edellä mainittujen lakiuudistusten todettuja ja ennakoituja vaikutuksia työttömien ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta kirjallisen materiaalin ja asiantuntijahaastattelujen avulla. Koska selvitystehtävänä oli arvioida TE-palvelujen kykyä vastata ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin, kohdistui kiinnostus erityisesti julkista työvoima- ja yrityspalvelua koskevan lainsäädännön ja siihen liittyneen palvelu-uudistuksen tuottamiin muutoksiin. Tarkastelunäkökulma oli käytännönläheinen,

politiikka-näkökulmaa edustavaa tarkastelua työvoimapolitiikan toteutumisesta osatyökykyisten näkökulmasta on tehty Rita Asplundin ja Pertti Koistisen (2014) selvityksessä.

4.3 Osaselvityksen aineisto ja menetelmät

Osaselvityksen aineistoina olivat aiemmat tutkimukset ja raportit, asiantuntijahaastattelut sekä työnvälitystilastot. Selvitystä varten tehtiin kirjallisuushaku termeillä "ammattillinen kuntoutus" ja "työttömät" tietokannoista (Fennica, Arto, Google Scholar, Doria, Web of Science) vuosilta 2007 - 2015. Viitteitä tuli kaikkiaan 230, joista rajattiin pois muun muassa työssä olevien ammatillista kuntoutusta koskeva kirjallisuus. Jäljelle jäi 55 viitettä tarkempaan tarkasteluun. Näistä osa rajautui vielä pois tarkemmassa tarkastelussa. Selvitystä varten haastateltiin keväällä 2015 ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijoita työ- ja elinkeinohallinnosta (työ- ja elinkeinoministeriö, ELY-keskus, TE-toimistot), työvoiman palvelukeskuksista ja Kelasta (taulukko 4). Yksilöhaastattelu tehtiin kahdeksalle henkilölle, lisäksi tehtiin yksi ryhmähaastattelu yhdessä työvoiman palvelukeskuksessa (TYP). Lisäksi saatiin yhdeltä TE-toimiston työntekijältä sähköpostitse näkemyksiä selvityskysymyksistä. Tutkija osallistui myös OSKU-hankkeen vastuuhenkilöiden ja tutkijan yhteishaastatteluun. Osa haastatteluista tehtiin puhelimitse. Haastattelut nauhoitettiin ja niistä tehtiin muistiinpanot.

Taulukko 4. Asiantuntijahaastattelut

TE-palveluiden asiantuntijat	1 työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) 1 ELY-keskus 3 eri TE-toimistoista 1 TYP
Kelan asiantuntijat	2 eri vakuutuspiireistä
TYP (kunnan ja TE-toimiston työntekijöitä)	1 ryhmähaastattelu

Työnvälitystilastot: TE-palveluja koskevaa tilastotietoa saatiin työnvälitystilastoista. Tilastot saatiin avoimesta tietokannasta (Toimiala online) sekä TEM:n erillisajoina osatyökykyisiä koskien vuotta 2014. TE-palveluiden sisällöt ja tilastointi muuttuivat lainsäädännön uudistuksen myötä vuoden 2013 alusta alkaen, joten palvelujen vertailu aiempaan on vaikeaa. Näin ollen tehtyä vertailua voidaan pitää vain karkeasti suuntaa-antavana. Tarkastelua tehtiin suorilla jakaumilla.

Selvityksessä yhdistettiin kirjallisen aineiston ja asiantuntijahaastatteluiden tuottamaa tietoa lakiuudistusten vaikutuksista ja työttömien ammatillisen kuntoutuksen toteutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä. Lakiuudistuksista olennaisin on tämän osaselvityksen näkökulmasta julkisia työvoima- ja yrityspalveluja koskeva lainsäädäntö. Tämän kysymyksen osalta johtopäätökset perustuvat pääasiassa haastatteluaineistoon, sillä uudistuksen vaikutuksista ei ole vielä tutkimustietoa. Tilastotarkastelu on toteutettu omana osionaan.

4.4 Osaselvityksen tulokset

Selvitystyön tulokset esitellään teemoittain. Teemat ovat muotoutuneet asiantuntijahaastattelussa esiin nousseiden asioiden kautta. Teemat ovat perusterveydenhuolto ja työttömien terveys-tarkastukset, työttömien työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi, Kela ja työeläkelaitokset työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa, verkostoyhteistyö, ammatillisen kuntoutuksen organisoiminen ja osaaminen sekä ammatillisen kuntoutuksen palvelut ja koordinaatio TE-toimistoissa, työttömät työnhakijat ja motivaatio kuntoutukseen ja työmarkkinayhteydet osatyökykyisillä työttömällä työnhakijoilla. Lopuksi tarkastelun tulokset vedettiin yhteen ja vastattiin selvitystyölle asetettuihin kysymyksiin työttömien ammatillisen kuntoutuksen toteutumista edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä TE-palvelujen kyvystä vastata ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin. Lisäksi pohdittiin työttömien ammatillisen kuntoutuksen ajankohtaista tilannetta ja kehittämissuuntia.

4.4.1 Perusterveydenhuolto ja työttömien terveystarkastukset

Miltei kaikissa haastatteluissa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus ja kuntoutusosaaminen nostettiin esille työttömien ammatillisen kuntoutuksen pullonkaulana. Lääkärille pääsy on usein vaikeaa ja vie aikaa, jopa useita kuukausia. Tämä vaikeuttaa kuntoutusprosessin etenemistä. Lisäksi koettiin, että sekä kuntoutuksen näkökulma että tuntemus on perusterveydenhuollossa hyvin heikkoa: lääkärit eivät tunne kuntoutusjärjestelmää. Näkökulma painottuu sairauden hoitoon, ei toimintakykyyn tai siihen, miten henkilö voisi sairaudestaan tai vammastaan huolimatta siirtyä työelämään. Lääkärinlausuntojen tasoa pidettiin heikkona, mikä vaikuttaa siihen, että kuntoutushakemukset eivät tule Kelassa hyväksytyksi. Tehtävä nähtiin haasteelliseksi myös lääkärin näkökulmasta: on kohtuutonta olettaa, että asiakkaan ensimmäisen kerran tapaava lääkäri pystyisi 15–20 minuutin käynnillä arvioimaan asiakkaan työkyvyn ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeet.

Lääkärit eivät kokemusten mukaan välttämättä kirjoita todistusta sairauspoissaolosta työttömälle. Syynä on osittain se, että he luulevat, ettei työtön tarvitse tällaista todistusta. Toisaalta taustalla voi olla asiakkaan pyyntö olla kirjoittamatta todistusta, koska asiakas pelkää toimeentulonsa heikenevän sairauspäivärahalle siirryttäessä. Lääkäreillä tulisikin olla parempi tietämys siitä, mihin kaikkien sairauspäivärahalle siirtyminen vaikuttaa: ansiosidonnaisen työttömyysturvan "säätymiseen" siihen tilanteeseen, että asiakas on tosiasiallisesti työmarkkinoiden käytettävissä, sekä Kelan aktivoitumiseen sairauspäivärahakausien kertyessä ja siten muun muassa työkykyneuvonnan käynnistymiseen.

Yhteistyö terveydenhuollon kanssa koettiin TE-palveluissa ja TYP:ssä usein hyvin heikoksi ja ohueksi. Terveydenhuollossa koettiin harvoin olevan kiinnostusta asiakkaan pitkäjänteiseen ja kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Työttömien terveystarkastuksia koskevat kokemukset olivat vaihtelevia. Osassa paikkakuntia tarkastukset toimivat hyvin ja tarkastuksista vastaava hoitaja toimii linkkinä lääkäreihin ja muihin terveydenhuollon palveluihin. Joillakin paikkakunnilla tarkastuksia ei

tehdä lainkaan tai niitä tehdään vain esimerkiksi TYP:n tai työllisyyspoliittisen kuntakokeilun asiakkaille. Kokemukset vahvistavat näkemystä siitä, että toimivia malleja saadaan rakennettua silloin, kun terveydenhuolto itse lähtee aktiivisesti suunnittelemaan ja toteuttamaan toimintaa ja sitoutuu siihen (ks. Saikku 2012). Esimerkiksi Hyvinkää nostettiin haastatteluissa esille kaupunkina, jossa prosessit on suunniteltu hyvin ja niihin on terveydenhuollossa sitouduttu.

Perusterveydenhuollon rooli työttömien kuntoutuksessa on erittäin tärkeä. Kuntoutusosaamiseen, palveluihin pääsyyn, sairauspoissaoloihin ja yhteistyöhön liittyvät ongelmat ovat olleet tiedossa jo vuosia (ks. esim. Rajavaara 2000; TEM 2011). Tilannetta on työttömien osalta pyritty kehittämään pääasiassa erilaisten hankkeiden ja projektien avulla (Saikku 2009). Viimeisin valtakunnallinen kehittämishanke oli pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke (PTT-hanke), joka toteutui vuosina 2007–2010. Hankkeessa kehiteltiin työttömien terveystarkastusten toimintamallia ja eri tahojen välistä yhteistyötä työllistymisen tukemisessa (Saikku & Sinervo 2010). Hankkeen, ministeriötason yhteistyön ja ohjeistuksen² sekä uuden terveydenhuoltolain myötä ovat työttömien terveystarkastukset, vähintään käsitteenä, vakiintuneet osaksi perusterveydenhuoltoa. Vuonna 2013 terveyskeskuksista 86 prosenttia tarjosi määräaikaista yleisiä terveystarkastuksia työttömille (TEA perusterveydenhuollossa tiedonkeruu 2014, THL). Terveystarkastuksia toteuttavien kuntien määrä on noussut erityisesti 2000-luvun puolivälin jälkeen. Työttömien terveystarkastuksia toteutetaan useimmiten hallinnollisesti osana terveystoimea tai sosiaali- ja terveystoimea ja toiminnallisesti terveyskeskuksissa. Kunnissa on kuitenkin myös toimintamalleja, joissa esimerkiksi sosiaalitoimi vastaa terveystarkastusten toteuttamisesta ja toimintaa on tarjolla vain TYP:ssä. (Sinervo & Hietapakka 2013; ks. myös Saikku 2012.)

² TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi ja terveyspalvelut. Työryhmän raportti. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 10/2011.

STM (2013) Työttömien terveydenhuollon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirje 19.8.2013.

TEM (2011) Työ- ja elinkeinoministeriön ohje työttömien työkyvyn arvioinnista ja terveystarkastuksiin ohjauksesta. Ohje 22.12.2011 TEM/3067/07.02.01/2011.

Työttömien terveystarkastusten jatkuvuuden arvioinnissa esille nostetut näkökulmat ja kehittämissuunnat vaikuttavat edelleen hyvin ajankohtaisilta (ks. Saikku 2012). Vaarana näyttäytyy se, että työttömien terveystarkastukset typistyvät rutiininomaisiksi terveystarkastuksiksi ilman yhteyttä asiakkaan muihin palveluihin ja elämäntilanteeseen. Työttömien terveystarkastusten ja -palvelun olisi alusta alkaen pohjauduttava sektori- ja hallintorajat ylittävään yhteiseen suunnitteluun. Näin saadaan luotua yhteisesti sovittuja toimintakäytäntöjä ja menettelytapoja. (Emt.)

Perusterveydenhuollon näkökulmasta työttömien terveystarkastus edellyttää uudenlaista näkökulmaa ja työtettä: tarpeen mukaista ohjauksellista palvelua kysyntälähtöisen yksittäisen palvelun sijaan. Terveystarkastuksen ja sairauden hoidossa tulisi entistä vahvemmin nähdä painotusta toimintakykyyn ja sen tukemiseen. Sosio-lääketieteellistä tai biopsykososiaalista ihmiskuvaa tulisi vahvistaa. Perusterveydenhuollossa tulisi myös hahmottaa palvelun merkitys sen omista lähtökohdista ja tavoitteista, mikä edistäisi toiminnan merkityksellisyyden näkemistä ja toimintaan sitoutumista. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, syrjäytymisen ehkäisy, toimintakykyisyyden tukeminen ja esimerkiksi terveyshyöty-ajattelu voisivat tarjota kiintopisteitä perusterveydenhuollon näkökulmalle työttömien terveystarkastuksessa terveyden edistämisen lisäksi.

4.4.2 Työttömien työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi

Työttömien työkyvyn arvioinnin vastuunjaon epäselvyydestä ja työttömien tilanteisiin soveltuvien arviointimenetelmien ja -käytäntöjen puutteesta on käyty keskustelua jo pitkään. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen (ns. IP-hanke) loppuraportissa vuodelta 2000 todetaan, että työttömän henkilön työkyvyn arviointia vaikeuttaa erityisesti arviointihetken ja viimeksi tehdyn työn ajallinen etäisyys toisistaan. Tällöin puuttuu se konkreettinen areena, johon henkilökohtaista toiminta- ja työkykyä voitaisiin suhteuttaa. Tämän vuoksi pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arvioinnissa painottuu lääketieteellisen tiedon merkitys muun tiedon kustannuksella. Sosiaalivaikutusjärjestelmässä eivät tule huomioiduiksi ne henkilöt, joiden toimintakyky ei riittämättömän

osaamisen ja motivaation takia yllä työelämään, mutta joille ei ole järjestelmän edellyttämää sairautta tai vammaa. (Rajavaara 2000, 323–326.) Pohjoismaissa onkin viime vuosina kehitelty erilaisia uusia malleja työkyvyn arviointiin (ks. Saikku 2013).

Sosiaalivakuutusjärjestelmän edellyttämän työkyvyn arvioinnin lisäksi kiinnostus on kohdistunut myös siihen, miten työttömän toiminta- ja työkyvyn arviointia ja seuranta voitaisiin hyödyntää työllistymistä edistävien palvelujen vaikutusten ja tuloksellisuuden arvioinnissa (ks. esim. Karjalainen ym. 2008; Aaltio 2014.) Tällöin ei tarkoiteta sosiaalivakuutuksen ehdoilla toteutuvaa työkyvyn arviointia, vaan laaja-alaisempaa, ei-lääketieteellistä arviota asiakkaan tilanteesta. Työttömien työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa ja muutoksen seurannassa on käytetty viime vuosina erilaisia menetelmiä, kuten IMBA ja Melba sekä VAT (ks. esim. Laurinkari ym. 2010; Leinonen 2012).

Työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystalouden yhteistyötä ja vastuunjako linjattiin työ- ja elinkeinoministeriön asettamassa työryhmässä, joka oli yksi ns. Ahtelan työryhmän jatkotyöryhmistä. Työryhmän raportissa ei kuitenkaan oteta selkeästi kantaa siihen, millä taholla on vastuu työttömän työkyvyn arvioinnista (ks. TEM 2011). Raportin mukaan TE-toimistolla tulee olla ensisijainen vastuu prosessista, jossa työttömän työnhakijan työkyky arvioidaan ja päätetään työmarkkinoille kuntouttavista palveluista (emt., 26). Eläke-edellytysten selvittelyyn liittyvä tuki ja ohjaus määritellään raportissa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväksi (emt., 30). Menettelytapasuositus työttömän toiminta- ja työkyvyn arvioinnista julkaistiin vuonna 2012 TOIMIA-tietokannassa. Suositus on tarkoitettu avuksi terveydenhuollon ammattilaisille suunniteltaessa etenemistapaa ja valittaessa yksittäisiä toimintakyvyn arviointimenetelmiä. (TOIMIA 2012.) Lisäksi on ilmestynyt toimintatapasuositus siihen, miten lääkäri voi arvioida työttömän toimintakykyä työttömyyden alkuvaiheessa (Vuokko ym. 2011).

Vuonna 2009 toteutetun kyselyn mukaan työttömien terveystarkastuksia tekevissä kunnissa työttömien työkykyä arvioivat useimmiten erikoislääkärit TE-hallinnon ostopalveluna tai yleislääkärit

terveyskeskuksessa (Saikku 2010, 24–25). Vuonna 2013 toteutetun laajemman kyselyn mukaan työttömien työkyvyn arviointi toteutui useimmin yleislääkärin vastaanotolla (64 %). TE-hallinnon rahoituksella erikoislääkärillä tai kuntoutuslaitoksessa toteutettava työkyvyn arviointi oli vähentynyt vuoden 2009 kyselyn 37 prosentista 9 prosenttiin. (Sinervo & Hietapakka 2013, 30.)

Haastattelujen mukaan TE-palveluiden rooli työttömien työkyvyn arviointien toteuttamisessa näyttää muuttuneen uuden lainsäädännön ja ohjeistuksen myötä. Useat haastatellut toivat esille, että nykyisin TE-toimistossa pitää tietää henkilön työtehtävät tai koulutus, jonka suhteen työkykyä arvioidaan. Yleisempi työkyvyn arviointi, jossa halutaan tietoa esimerkiksi siitä, onko asiakas ylipäättänsä kykeneväinen kuntoutumaan työelämän suuntaan, ei ole enää mahdollista. Tämän koettiin rajaavan etenkin pidempään työttömänä olleita TE-palveluna toteutuvan työkyvyn arvioinnin ulkopuolelle.

TEM:n ohjeessa (31.12.2014) todetaan, että TE-toimisto voi ostopalveluna hankkia työkyvyn arvioinnin tilanteessa, jossa asiakkaan työ- ja toimintakykyä pitää tarkemmin tai yksilöidymmin selvittää suhteessa hakuammattiin tai suunniteltuun koulutukseen tai uuteen ammattiin. Palvelua voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun suunnitellaan työllistymistä edistäviä palveluja tai kun työllistymisprosessin ja työllistymistä edistävien palvelujen aikana ilmenee tarve työkyvyn arviointiin yksittäisenä arviointina. Työkyvyn arviointia ei saa käyttää sairauden diagnostisoimiseksi tai hoidon taikka lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseksi eikä siihen sisällytetä em. tarkoituksessa tehtäviä laboratorio- tai röntgenologisia tutkimuksia. Edellä mainitussa tarkoituksessa asiakas ohjataan julkiseen terveydenhuoltoon, esimerkiksi työttömien terveystarkastukseen. (Emt. 16–17.)

Haastattelujen ja ohjeistukseen tutustumisen perusteella syntyy käsitys, että TE-toimistoissa on usein omaksuttu jopa ohjeistusta tarkempi rajausta siihen, milloin työkyvyn arviointeja hankitaan. Haastattelujen perusteella näyttää myös siltä, että työntekijät toimivat eri tavoin eri TE-toimistoissa: toisessa TE-toimistossa käytännön koettiin selvästi kiristyneen, toisessa taas työntekijä koki pystyvänsä edelleen hankkimaan työkyvyn arviointeja asiakkailleen tilanteen niin vaatiessa.

TE-palvelujen hankkimien työkyvyn arviointien vahvuutena nähtiin niiden laaja-alaisuus ja asiantuntevat lääkärit. Kokonaisvaltaiseen arvioon on varattu useampi tunti aikaa mahdollisine seurantakäynteineen ja arvion tekee kokenut lääkäri, joka osaa vetää myös aiempien tutkimusten ja työkykyarvioiden tulokset yhteen. Tällaista asiantuntemusta koettiin olevan selvästi heikommin julkisen terveydenhuollon puolella. Erityisesti neuropsykologian ja -psykiatrian asiantuntemukselle on kysyntää. Huolena oli TE-palvelujen työkykyarviointien kilpailuttamisen ja hankinnan keskittäminen, joka on johtanut siihen, että palvelut ovat usein fyysisesti kaukana. Huolena oli myös se, että mitä keskitetyimmäksi arviointipalvelujen kilpailutus ja hankinta muuttuu, sitä kauemmas se etäännyttävä sisältoasiantuntijuudesta.

TE-asiantuntijoiden haastatteluissa nousi hyvin selvästi esille ajatus siitä, että TE-palveluissa pyritään nyt pääsemään irti "diagnoosi edellä"-ajattelusta: olennaista ei ole se, onko asiakkaalla joku sairaus, vika tai vamma, vaan se mitä vaikutuksia tällä on henkilön palvelutarpeeseen ja työllistymiseen. Työntekijät olivat muun muassa TEM:n kehotuksesta peranneet asiakkaiden diagnooseja, poistaen vanhentuneita tai työllistymisen tai kouluttautumisen kannalta tarpeettomiksi koettuja. Aiemman tutkimuksen mukaan osatyökykyisyyden arviointikäytännöt ovat kokonaisuutena hyvin vaihtelevia virkailijasta ja TE-toimistosta riippuen (Vedenkannas ym. 2011). Arvioinnin tekeminen asiakkaan vajaakuntoisuudesta sidotaan enemmän lääketieteellisiin seikkoihin kuin virkailijan omaan arvioon. Lääkärinlausuntoja pidetään vaikealukuisina, eikä niistä kyetä erottamaan asiakkaan työkyvyn kannalta olennaisia esteitä tai lääketieteellisiä rajoitteita. (Emt.)

Haastattelujen perusteella vaikuttaa siltä, että työkyvyn arviointeja tehdään TE-palveluissa entistä vähemmän. Myös tilastotiedot näyttävät tämänsuuntaista kehitystä (ks. luku 4.5). Tämä on lisännyt painetta kuntia kohtaan. Kuntien rooli työkyvyn arvioinnissa on kasvanut myös sen myötä, että eläkeselvittelyt ovat TE-toimistoissa loppuneet. Tämä mainittiin useammassa haastattelussa. TE-toimistojen työntekijät pitivät linjausta hyvänä. Osassa kuntia on myös vastattu haasteeseen ke-

hittämällä eläkeselvittelyn ja/tai työkyvyn arvioinnin palveluja. Työttömien kuntoutumisen ja työllistymisen näkökulmasta pulmallista voi olla se, että kuntien intresseissä on taloudellisista teijöistä, kuten työmarkkinatuen maksuosuudesta, johtuen läpikäydä ja ohjata työkyvyn arviointiin erityisesti pidempään työttömänä olleita. Tällöin näkökulmana ovat usein asiakkaan sairaudet ja vajavuudet sosiaalivakuutuksen näkökulmasta ja toiminta painottuu eläkeselvittelyyn. Näkökulma on toinen, jos tarkoituksena on tukea muutosta kohti asiakkaan parempaa toimintakykyä (ks. Kerätär ym. 2014).

Muutamissa haastatteluissa nostettiin esille, että tällä hetkellä olisi tarvetta tehdä kohdistettu eläkeselvittely iäkkäämmille pitkäaikaistyöttömille. Työministeri Ihalainen ehdotti tällaista menettelyä maaliskuussa 2015 (TEM tiedote 25.3.2015). Esityksen mukaan mahdollisuus päästä vanhuuseläkkeelle tai eläketuelle koskisi vähintään 60-vuotiaita viimeisten 12 vuoden aikana vähintään 2 500 päivää työttömyysetuutta saaneita tai 10 vuotta työttöminä olleita, joita työ- ja elinkeinoministeriön arvion mukaan on noin 3 600. Esitykseen haettiin mallia vuonna 2005 voimaan tulleesta ikään-tyneiden pitkäaikaistyöttömien eläketukilaista. Tuolloisella eläketukiratkaisulla mahdollistettiin 57–63-vuotiaille 12 vuoden aikana vähintään 2500 päivää työttöminä olleille siirtyminen vanhuuseläkkeelle tai eläketuelle. Vuonna 2005 noin 3 700 henkilöä sai eläketukilain nojalla vanhuuseläkettä tai eläketukea. (Emt.) Nykyisessä hallitusohjelmassa asiaa ei ole nostettu esiin.

Kuntoutuksen näkökulmasta kiinnostavaa pitkäjänteistä kehittämistyötä työttömien työkyvyn arviointiin liittyen on tehty Pohjois-Suomessa. Kuntoutusylilääkäri Raija Kerätär on kehittänyt mallia työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointiin osana Paltamon täystyöllisyyskokeilua, Oulun Virta-hanketta ja Rovaniemen kuntakokeiluhanketta (ks. Kokko ym. 2013; Virta-hanke Oulun kaupunki 2013; Lindberg ym. 2014). Lähtökohtana on ajatus siitä, että sairauslähtöisestä työkyvyn arvioinnista tulisi siirtyä monialaiseen työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Monialaisessa työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa intressinä on ensisijaisesti työ- ja toimintakyvyn laaja selvittely mahdollisimman osuvan kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja toissijaisesti suunnitelmaa tukeva dokumentointi

vakuutusetuksia varten. Tämä edellyttää monialaista yhteistyötä terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja TE-palveluiden välillä. Olennaista on kuunnella asiakkaan omia näkemyksiä ja tulkintoja sekä arvioida käytännön työkykyä esimerkiksi työkokeilun tai vastaavan avulla. (Kerätär ym. 2014; ks. myös Kerätär & Karjalainen 2010.)

Meneillään on myös kaksi laajempaa tutkimus- ja kehittämishanketta, joissa työttömien työ- ja toimintakykyä katsotaan lähinnä palvelutarpeiden arvioinnin ja muutoksen seurannan näkökulmista. Kuntaliiton tutkimusprojektissa Työllisyyspalvelujen vaikuttavuusmittari (2013–2015) tavoitteena on ollut laatia numeerinen mittari, jolla voidaan arvioida pitkäaikaistyöttömille tarjottavien kunnallisten työllisyyspalvelujen vaikuttavuutta. Mittauksen kohteena ovat kuntien työllisyyspalveluissa asioivat vaikeasti työllistyvät pitkäaikaistyöttömät, pilotit toteutuvat kuntakoikeiluhankkeissa. Mittarilomakkeella kartoitetaan yksilön olemassa olevaa toimintakykyä muun muassa koettua työkykyä, työllistymismotivaatiota, koulutusvalmiutta, työnhakutaitoja, arkitaitoja sekä fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä koskevien muuttujien avulla. Ajatuksena on käyttää mittaria paitsi vaikuttavuustutkimukseen myös työntekijöiden apuvälineenä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Mittaria on tarkoitus hyödyntää myös palveluohjauksessa. Pidemmällä tähtäimellä tavoitteena on hyödyntää vaikuttavuustietoja kunnan ja yksittäisen toimipisteen toiminnan ohjauksessa. (Aaltio 2014.)

Työterveyslaitoksen SOLMU-koordinaatiohankkeessa valmistetaan sosiaalisen osallisuuden ja työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä, Kykyviisari. Kykyviisari valmistuu vuonna 2017. Kykyviisari soveltuu työelämän ulkopuolella olevien työ- ja toimintakyvyn arviointiin sekä muutoksen seurantaan. Kykyviisarin tavoitteena on olla tukena työ- ja toimintakyvyn muutoksessa. Kykyviisari tukee omaa tilannettaan arvioivan henkilön työ- ja toimintakykyä antamalla henkilökohtaista palautetta ja ehdottamalla jatkotoimia sekä ohjaamalla arvioijaa tai hanketoimijaa tuen antamisessa ja tavoitteiden asettamisessa. Kykyviisarin ensimmäinen versio sisältää kysymyksiä, jotka liittyvät

vastaajan sosiaaliseen osallisuuteen sekä kokemaan työkykyyn ja sosiaaliseen, fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Kykyviisaria kehitetään yhdessä vapaaehtoisten ESR-hanketoimijoiden ja hankkeisiin osallistujien kanssa (Työterveyslaitos 2015).

Työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointiin kohdistuu siis paljon kiinnostusta. Osaltaan tämä voi kertoa siitä, että työttömien terveystarkastustoiminnan käynnistymisen ja vakiintumisen kautta työkyvyn arvioinnin kysymykset ovat looginen "seuraava askel" (ks. Saikku 2012). Terveystarkastajan tai edes lääkärin toteuttama terveystarkastus ei tarkoita työkyvyn arviointia, eikä vastaa niihin kysymyksiin, joita työkyvyn arvioinnilta odotetaan. Työssä olevien osalta vastuu työkyvyn arvioinnista määrittyy pääasiallisesti työterveyshuollolle. Työttömien kohdalla vastuuta on vaikea kohdistaa yhteneväisesti perusterveydenhuollolle, koska sen perustehtävä poikkeaa työterveyshuollosta. Perusterveydenhuollossa ei myöskään ole tietoa esimerkiksi asiakkaan koulutuksesta, aiemmasta työstä tai osallistumisesta työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Näin ollen työttömien työkyvyn arviointi tulisi toteuttaa monialaisessa yhteistyössä hyödyntäen perusterveydenhuollon, sosiaali-toimen, TE-palveluiden ja Kelan asiantuntemusta. Tässä olisi syytä hyödyntää muun muassa Pohjois-Suomen hankkeissa saatuja kokemuksia ja toimintakyvystä lähtevää monialaista työkyvyn arviointimallia (Kerätär ym. 2014; ks. myös Kerätär 2016).

4.4.3 Kela työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa

Tilastotiedon mukaan Kelan kuntoutukseen osallistuneiden työttömien osuus kaikista kuntoutukseen osallistuneista on noussut hieman viime vuosina: kuntoutujien lähtötilanteen mukaisessa tarkastelussa 4 prosenttia kuntoutujista oli työttömänä vuonna 2008 ja 6 prosenttia vuonna 2014 (Kela 2009; 2015d). Työttömiä henkilöitä on tietysti saattanut olla myös muissa lähtötilanteissa, kuten sairauspäivärahalla tai kuntoutustuella.

Asiantuntijoiden haastattelujen perusteella Kela toimii entistä aktiivisemmin työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa. Osa haastatelluista koki, että Kelan palveluihin pääsy on helpottunut ja

Kelasta saa aiempaa paremmin tietoa ammatillisen kuntoutuksen palveluista. Myös yhteistyön TE-toimistojen ja Kelan välillä koettiin useissa haastatteluissa parantuneen. Yhteistyötä TE-toimiston ja Kelan palveluntuottajien välillä on lisäksi aktiivisesti kehitetty joillakin alueilla. Tämä yhteys on noussut entistä tärkeämmäksi, koska palveluntuottajat vastaavat nyt itse palveluidensa markkinoinnista. Yhteistyön tiivistymisestä kertoi myös se, että TEM ja Kela ovat tehneet yhteisen ohjeistuksen TE-toimistoille ja Kelan virkailijoille.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerien muutosta pidettiin yleisesti hyvänä asiana. Haastatellut eivät kuitenkaan nähneet muutoksella olleen käytännössä suurta merkitystä työttömien näkökulmasta, ainakaan toistaiseksi. Tämä tuli esille etenkin pidempään työttömänä olleiden kohdalla, jotka kokemusten perusteella tulivat edelleen harvoin valituksi Kelan kuntoutukseen. Haastatteluissa tuotiin esille, että sosiaalisten tekijöiden painoarvo koettiin heikoksi tai epäselväksi, esimerkiksi sosiaalityöntekijän lausuntoa ei koettu otettavan arvioinnissa huomioon. Toinen asia, jonka koettiin vaikuttavan siihen, etteivät esimerkiksi TYP:n asiakkaat tule usein valituksi Kelan kuntoutukseen, oli työelämään siirtymisen painottaminen. Haastatteluissa tuotiin esille, että tällä kriteerillä on paljon painoarvoa kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden arvioinnissa, ja esimerkiksi TYP:n asiakkailla on harvoin näköpiirissä työllistymistä suoraan kuntoutuksen jälkeen.

Tutkimuksen mukaan työttömät hakevatkin Kelan kuntoutukseen erityisen harvoin ottaen huomioon sairauspäivärahopäivien määrä tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ja mielenterveyden häiriöihin liittyvät lääkärikäynnit (Pensola ym. 2012a). Työttömät ja työkyvyttömyyseläkeläiset saavat myös keskimäärin harvemmin myöntävän päätöksen hakemaansa kuntoutukseen (emt.). Vaikeasti työllistyviä helsinkiläisiä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että kuusi prosenttia kohderyhmästä oli hakenut Kelan ammatillista tai harkinnanvaraista kuntoutusta ajanjaksolla 2006–2010 (Harkko ym. 2012, 34).

Haastatteluissa asiantuntijat nostivat motivaation puutteen suurimmaksi estäväksi tekijäksi Kelan kuntoutukseen hakeutumiseen. Ammatillista kuntoutusta, tai kuntoutusta ylipäätänsä, tunnettiin hyvin heikosti. Tämä tuli käytännössä hyvin selkeästi esille työkykyneuvonnan kautta. Pidempään työttömänä olleilla tuntui harvoin olevan halua tai uskallusta lähteä ammatilliseen kuntoutukseen; asiakkaiden koettiin usein jo luovuttaneen ja olevan eläkehakuisia. Asiakkaan motivaation löytäminen ja tukeminen on oma prosessinsa, ja jos lopputuloksena on kuntoutushakemuksen hylkäys, on se erittäin rankka kokemus ihmiselle, jolla jo on monia hylkäyskokemuksia. Motivaatioon voi vaikuttaa myös se, että Kelan ammatillisen kuntoutuksen palvelujen toteutus ei välttämättä sovellu etenkään pidempään työttömänä olleille. Useissa haastatteluissa nostettiin esille, että kokopäiväisesti viisi päivää viikossa toteutuva kuntoutus on liian vaativaa esimerkiksi monille TYP-asiakkaille. Haastattelujen mukaan kuntoutukseen hakeutumiseen vaikuttaa myös se, ettei kuntoutus tapahdu kotipaikkakunnalla, vaan edellyttää usein matkustamista kauemmas. Tämä voi olla liian suuri kynnys pitkäaikaistyöttömälle (ks. myös Polvinen 2010).

Kelan kuntoutuspalveluista yleisemmin käytettyjä olivat haastattelujen mukaan ammatillinen kuntoutusselvitys, työkokeilu, työhönvalmennus ja ammatilliset kuntoutuskurssit. Jonkin verran asiakkaita ohjattiin myös Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, kuten sairauskohtaisille kuntoutuskursseille. Näihin koettiin olevan helpompi päästä kuin ammatilliseen kuntoutukseen. Ammatilliset kuntoutuskurssit nostettiin esille useissa TE-asiantuntijoiden haastatteluissa hyvänä toimenpiteenä. Toisaalta TYP-asiakkaiden kohdalla todettiin, että ammatilliset kuntoutuskurssit tai työhönvalmennus eivät usein sovellu heille intensiteettinsä ja työelämävaateidensa vuoksi.

Kelan ammatillinen kuntoutusselvitys käynnistyi vuoden 2015 alusta, jolloin yhdistettiin aiemmat kuntoutustutkimus ja kuntoutusselvitys. Kelan standardin (2015) mukaan ammatillinen kuntoutusselvitys voidaan järjestää esimerkiksi silloin kun henkilö tarvitsee ohjausta työllistymistä parantaviin toimenpiteisiin tai uudelleenkoulutukseen pitkittyneen sairauden ja/tai sairaudesta aiheutuvien rajoitteiden takia (esim. pitkäaikaistyöttömät) tai aiemmista terveyteen, opiskeluun tai työllis-

tymiseen liittyvistä toimenpiteistä saatu tieto ei riitä ammatillisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Ammatillista kuntoutusselvitystä ei voida järjestää, jos henkilöllä on akuutti päihdeongelma, akuutti psyykinen tai somaattinen sairaus, jonka hoito ei ole alkanut tai on olennaisesti kesken, taustalla on viimeisen vuoden aikana tehty laajamittainen työkyvyn arviointi ja/tai ammatillinen suunnitelma, jonka jokin muu taho on tehnyt tai henkilöllä on vanhuuseläke. Haastatteluissa Kelan virkailijat kokivat uudistuksen hyväksi, vaikka vaikutuksia oli vielä liian varhaista arvioida. Oletuksena oli, että kuntoutusselvitykseen voisi nyt lähettää asiakkaita aiempaa kevyemmin kriteerein, koska alkuarviointijaksolla voidaan vielä arvioida, onko toimenpide sopiva tälle asiakkaalle.

Osatyökykyiset työssä -ohjelmassa on aiemmin esitetty, että Kela arvioisi, voitaisiinko työkokeilun järjestämisen edellytyksiä muuttaa niin, että työkokeilu voitaisiin järjestää sellaiselle asiakkaalle, joka ei kykene työ- ja toimintakykynsä vuoksi osallistumaan työkokeiluun viitenä päivänä viikossa (STM 2013a, 77). Kelan ja TE-hallinnon työhönvalmennustoimintaa koskevan tutkimuksen mukaan toiminnassa ilmeni puutteita asiakkaiden yksilöllisessä ohjauksessa, kuntoutussuunnitelman seurannassa, koulutuksen ja työllistymisen tukemisessa sekä valmennuksen jälkeisessä tuessa, siirtymävaiheiden varmistamisessa ja jatkosuunnitelmien toteutumisen seurannassa (Härkäpää ym. 2013). Tutkijoiden mukaan työllistymisen, koulutuksen ja työssä selviytymisen tukeminen olisi syytä eriyttää esiammatillisesta, yleiseen elämänhallintaan liittyvästä valmennuksesta omaksi toimintalohkokseen (emt.).

Kelassa oli vuonna 2015 meneillään työllistymistä edistävän ammatillisen kuntoutuksen standardin luominen³. Standardiin sisältyisivät työhönvalmennus ja työkokeilu. Standardi korvaisi aiemmat työkokeilun, työhönvalmennuksen ja mielenterveyskuntoutujan työhönvalmennuksen palveluiden standardit. Uusi standardi tulisi voimaan vuoden 2017 alusta. Standardin ajatuksena on,

³ http://www.kela.fi/documents/10180/2125832/Ty%C3%B6llistymis%C3%A4_edist%C3%A4v%C3%A4_ammattillinen_kuntoutus.pdf/906555fa-ccc5-46ab-b249-bd1be33eb386

että työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus rakentuisi kolmesta vaihtoehdosta: 1) työhönvalmennus, 2) työkokeilu, tai 3) työkokeilu ja työhönvalmennus. Työkokeilu (enintään 60 päivää) soveltuisi niille henkilöille, jotka eivät täsmällisesti tiedä, mikä ammattiala, työtehtävä tai toimenkuva soveltuisi omaan terveydentilaan ja kokonaistilanteeseen. Työhönvalmennuksessa (enintään 240 päivää) kuntoutuja taas tarvitsee tukea työllistymiseensä ja työssä pysymisen turvaamiseen siirtyessään palkkatyöhön avoimille työmarkkinoille. Työkokeilua ja työhönvalmennusta voitaisiin myös yhdistää siten, että kuntoutuja olisi ensin työkokeilussa (enintään 60 päivää) ja sitten työhönvalmennuksessa (enintään 180 päivää). Ehdotuksen mukaan molemmissa kuntoutusmuodoissa olisi hieman nykyistä enemmän joustoa kuntoutuspäivän pituudessa: kuntoutuspäivän pituus voisi olla minimissään neljä tuntia päivässä rajatun ajan. Kuntoutuspäiviä olisi edelleen pääsääntöisesti viisi viikossa, työkokeilussa ulkopuolisella työpaikalla vähintään kolme kuntoutuspäivää viikossa.

Työkykyneuvontaa pidettiin haastatteluissa yleisesti hyvänä asiana. Työkykyneuvontaa tekevät Kelan virkailijat kokivat vaikeaksi arvioida toiminnan vaikuttavuutta. Neuvonta tapahtuu useimmiten kirjeitse tai puhelimitse, ja melko paljon potentiaalisia asiakkaita jää tavoittamatta. Työkykyneuvoja ei yleensä ole prosessissa mukana pitkään eikä saa tietoa siitä, miten prosessi on mahdollisesti lähtenyt tai ei ole lähtenyt etenemään. Asiakkaat ovat antaneet myönteistä palautetta ja kiitelleet sitä, että heihin on otettu yhteyttä ja heidän tilanteestaan ollaan kiinnostuneita.

Kehittämistoiveina Kelan suuntaan esitettiin muun muassa sitä, että nuoret voisivat päästä ammatilliselle kuntoutuskurssille ilman B-lausuntoa sen perusteella, että heillä on todettu kuntoutustarve. Tämä edistäisi ja varhentaisi nuorten kuntoutuksen käynnistymistä, missä on nähty puutteita muun muassa nuorisotakuun toteutumisen näkökulmasta (ks. Tuusa ym. 2014). Toiveita esitettiin myös kevyempään ammatilliseen kuntoutukseen, joka olisi lyhytkestoisempaa viikoittaiselta osallistumisajaltaan kuin nykyiset kuntoutusmuodot. Tällöin tavoitteena ei olisikaan työllistyminen suoraan kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutuksessa voitaisiin yhdistää sosiaalista ja ammatillista kuntoutusta. Myös Paltamon työllisyyskokeilun kuntoutuksen arvioinnissa nousi esille tarve yhdistää

sosiaalista ja ammatillista kuntoutusta erityisesti pidempään työttömänä olleiden työllistymisen edistämisessä (Kokko & Saikku 2013; Saikku & Kokko 2012). Pitkäaikaistyöttömille suunnattua, ei-sairausperusteista kuntoutusta toteutettiin Kelassa ns. Kipinä-kuntoutuksena 2000-luvun alussa, ja tällaiselle kuntoutukselle on nähty edelleen tarvetta (Lind & Toikka 2009). Yleisesti koettiin, että tällä hetkellä Kelan kuntoutukseen pääsy edellyttää jo hyvää kuntoa tai kuntoutukseen kuntoutumista.

Yksittäisinä ehdotuksina nostettiin esille osatyökyvyttömyyseläkkeen mahdollisuus Kelan etuuk-sissa sekä se, että Kelan tulisi aina sairauspäivärahan tai työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyksen yh-teydessä tarjota asiakkaalle tilalle kuntoutusta tai muuta palvelua. Nyt asiakkaiden koettiin jäävän tällaisessa tilanteessa usein tyhjän päälle tietämättä miten tilanteessa kannattaisi edetä. Lisäksi tuotiin esille, että 300 sairauspäivärahapäivän jälkeen asiakkaat tarvitsisivat usein enemmän oh-jausta kuin kirjeen, jossa ilmoitetaan, että asiakkaalla voi olla oikeus työttömyysturvaan.

4.4.4 Työeläkelaitokset työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa

Asiantuntijoiden haastatteluissa tuli esille erilaisia näkemyksiä työeläkelaitosten ammatillisesta kuntoutuksesta ja siihen liittyvästä yhteistyöstä. Osa haastatelluista koki yhteistyön selkeästi pa-rantuneen viime vuosina TE-palveluiden ja työeläkelaitosten tai Kelan ja työeläkelaitosten välillä. Tämä näkyi esimerkiksi neuvonnan ja asiakaspalvelun kehittymisenä. Myös työnantajien nähtiin aktivoituneen kuntoutusmahdollisuuksien kartoittamiseen. Osa haastatelluista taas koki, ettei TE-toimiston ja työeläkelaitosten välillä ole käytännössä yhteistyötä, vaan pikemminkin työeläkelai-tokset pyrkivät siirtämään omia tehtäviään TE-palveluihin. Esimerkkinä mainittiin muun muassa omaehtoinen opiskelu työttömyysetuudella, jonka myötä työeläkelaitoksessa oli hylätty kuntou-tushakemuksia. Työkyvyttömyyden uhkan ja kuntoutuksen oikea-aikaisuuden määrittely nähtiin myös joissain tilanteissa vaikeaksi, esimerkiksi silloin kun henkilön tulot ylittävät ansaintarajan, mutta hän on ollut pitkään lomautettuna tai työttömänä. Jotkut haastatelluista toivat esille, että

työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen palveluja olisi syytä monipuolistaa luomalla eritasoisia palveluja erilaisille asiakkaille: tarvetta nähtiin esimerkiksi kuntoutusselvitys-tyyppiselle palvelulle.

Tutkimuksen mukaan työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen hylkäyspäätökset olivat yleisempiä naisilla, nuoremmilla ja työttömyystaustaisilla hakijoilla verrattuna miehiin, vanhempiin ja ei-työttömänä olleisiin (Gould ym. 2012c). Lyhyt työura ja työttömyystausta lisäsivät selvästi "ei tarkoituksenmukaista" -kriteeriin perustuvaa hylkäysriskiä. Työttömyystausta lisäsi myös "ei työkyvyttömyyden uhkaa" -kriteeriin perustuvaa hylkäyksen riskiä. (Emt.)

TE-asiantuntijoiden haastatteluissa nousi selkeästi esille se, että työeläkekuntoutus ja TE-palvelut nähdään toinen toisensa poissulkevana: jos asiakas on oikeutettu työeläkekuntoutukseen, TE-palveluja ei tarjota. Tämä vaikuttaa varsin tiukalta linjanvedolta ja jopa hieman yllättävältä suhteesta siihen, miten tärkeänä TE-palveluissa nähdään Kelan ammatillisen kuntoutuksen palvelujen ja TE-palvelujen yhteensovittamisen kehittäminen. Palvelujen yhteensovittamisen tarve on TE-palvelujen ja työeläkekuntoutuksen välillä todennäköisesti vähäisempää kuin Kelan ja TE-palvelujen välillä, koska merkittävä osa asiakkaista palaa takaisin työpaikalleen. Oletettavasti on kuitenkin myös tilanteita, joissa palvelujen yhteensovittaminen olisi asiakkaan edun mukaista, esimerkiksi silloin, kun paluu entiselle työpaikalle ei ole enää mahdollista. Osatyökykyiset työssä -raportin mukaan sekä Kelan että työeläkelaitosten tulisi nykyistä enemmän hyödyntää TE-toimiston asiantuntemusta muun muassa työkokeilupaikkojen etsimisessä sekä liittää työnvälityksen palveluja kiinteämmin kuntoutuksen jatkoksi (STM 2013a, 77).

4.4.5 Verkostoyhteistyö työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa

Kuntoutuksen yhteistyöhön liittyviä tuoreita uudistuksia ovat työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP) lakisääteistäminen ja kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskevan lain kumoaminen. Molemmat uudistukset tulivat voimaan vuoden 2015 alusta. Haastatteluissa nousi esille,

että useilla paikkakunnilla kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä on koettu hyväksi ja toimivaksi yhteistyöfoorumiksi kuntoutusasioissa. Huolta koettiin siitä, miten niiden asiakkaiden kuntoutusasioita jatkossa hoidetaan yhdessä, jotka eivät tule olemaan TYP-asiakkaita. Monilla paikkakunnilla asiakasyhteistyöryhmä-toimintaa oltiin ainakin vielä toistaiseksi jatkamassa. Toisaalta esimerkiksi Kela on joillakin paikkakunnilla vetäytynyt pois ryhmistä lakivelvoitteen lakattua.

Jo valtakunnallisessa kuntoutuksen asiakasyhteistyön arvioinnissa vuonna 2005 nostettiin esille toimintaympäristön muutos muun muassa TYP-toimintaan liittyen sekä asiakaslähtöisen työskentelyn kehittämisen tarve (Saikku 2006). Valtiontalouden tarkastusviraston (2009; 2013) mukaan asiakasyhteistyö on kuitenkin ollut tehokkainta juuri kuntatason asiakasyhteistyöryhmissä. Ryhmien toiminta on myös riippunut paljon henkilöistä, henkilöiden osaamisesta ja motivaatiosta (Valtion tarkastusvirasto 2009). TE-toimistoissa virkailijat ovat hyödyntäneet asiakasyhteistyöryhmiä yksittäisen asiakkaan vastuutahon löytämisessä ja etsittäessä ratkaisuja monimutkaisiin tilanteisiin (Vedenkannas ym. 2011). Haastattelujen perusteella paikalliset asiakasyhteistyöryhmät ovat useilla paikkakunnilla toimivia yhteistyöfoorumeita, joiden työn jatkuvuutta tulisi pyrkiä uusissa yhteistyörakenteissa ylläpitämään. Haastatteluissa nousi esille, että kuntoutuksen näkökulmaa tulisi vahvistaa myös sote-valmistelussa ja ottaa mukaan myös työllisyyden edistämisen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulmaa.

TYP-toiminnan lakisääteistämistä pidettiin haastatteluissa yleisesti hyvänä asiana, mutta toiminnan käytännön organisointi oli vielä monella tavoin avoinna. Olisiko esimerkiksi Kelalla mahdollisuutta kohdistaa kuntoutuksen asiakasyhteistyöhön suunnattua resurssia nyt TYP-toimintaan? Huolta koettiin siitä, millaiseksi palveluksi TYP-palvelu lain ja asiakaskunnan laajentumisen myötä muotoutuu: voiko TYP edelleen olla erityispalvelua, jossa on suuremmat resurssit ja enemmän aikaa yksilölliseen asiakastyöhön vai vähenevätkö asiakaskohtaiset resurssit? Tällä hetkellä, nykyisen asiakaskunnan kohdalla, ammatillinen kuntoutus nähtiin harvoin ajankohtaisena TYP-palvelussa: prosessit aloitetaan muodostamalla käsitystä työkyvystä kuntouttavassa työtoiminnassa

sekä luomalla tai päivittämällä hoitojärjestelyt terveydenhuollossa. Ammatillista kuntoutusta saatetaan miettiä tämän jälkeen. Uusien asiakaskriteerien myötä monialaisen palvelun tarpeessa olevia työttömiä työnhakijoita tullaan ohjaamaan TYP-toimintaan entistä varhaisemmassa vaiheessa, mikä oletettavasti lisää myös ammatillisen kuntoutuksen palvelujen kysyntää ja tarvetta.

Vuonna 2007 toteutuneessa kyselyssä TYP:n työntekijät arvioivat kuntoutukseen ohjauksen toimivan parhaiten ammatilliseen kuntoutukseen ja heikoiten lääkinälliseen kuntoutukseen sekä mielenterveyskuntoutukseen. Ammatilliseen kuntoutukseen kuului tällöin laaja kirjo pääasiassa työhallinnon kustantamia toimenpiteitä, kuten kuntoutustutkimukset, työ- ja koulutuskokeilut sekä työhönvalmennus. Kuntoutustoiminnan vahvuutena nähtiin hyvät ostopalveluresurssit, ammattitaito kuntoutustarpeen arvioinnissa sekä toimivat yhteydet kuntoutuspalveluja tuottaviin tahoihin. Kelan ammatilliseen kuntoutukseen ohjautui vähän asiakkaita, koska Kelalla koettiin olevan vähän työttömille sopivaa kuntoutustarjontaa. Kelan asiantuntemuksen vahvistamista TYP:n toiminnassa ja kuntoutuksen suunnittelussa pidettiin erittäin tärkeänä. (Karjalainen ym. 2008, 68–70.)

Uuden sosiaalihuoltolain mukaan kuntien tulee tarvittaessa järjestää sosiaalista kuntoutusta, jolla tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Tällä hetkellä työttömien sosiaalinen kuntoutus mielletään lähinnä kuntouttavaksi työtoiminnaksi. Sosiaalihuollon työelämäosallisuuden lisäämistä pohtineen työryhmän loppuraportissa esitetään luopumista erillisistä palveluista vammaisille ja vammattomille henkilöille työelämäosallisuutta edistävissä sosiaalihuollon palveluissa (STM 2014). Samoin luovuttaisiin työttömyyden kestoon liittyvistä edellytyksistä päästä palveluihin. Sosiaalihuolto keskittyisi uuden lainsäädännön myötä heikossa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden sosiaaliseen kuntoutukseen, joka jakautuisi työelämävalmiuksia edistävään sosiaaliseen kuntoutukseen ja osallisuutta edistävään sosiaaliseen kuntoutukseen. (Emt.)

Sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen lienee useissa kunnissa vasta käynnistymässä ja sen sisällöt harkinnassa. Haastattelujen mukaan TE-palveluiden ja Kelan asiantuntijoilla ei vielä ollut selkeää käsitystä siitä, mitä uusi lainsäädäntö tarkoittaa työttömien kuntoutuksen näkökulmasta. TE-asiantuntijoiden haastatteluissa nousi kuitenkin esiin odotuksia siitä, että kunta ottaisi entistä vahvemman roolin pitkään työttömänä olleiden ja vaikeasti työllistyvien kuntoutuksesta ja palveluista. Näin näyttäisi joissain kunnissa jo tapahtuneen: tarjolla voi olla esimerkiksi toiminnallisia kartoituskursseja, joissa selvitetään asiakkaan työ- ja toimintakykyä ja elämänhallintaa sekä mietitään, mitä palveluita asiakkaan tilanteen edistämiseksi voitaisiin käyttää. Toiminta ei ole työllistymistä edistävää, joten kunta maksaa asiakkaalle toimintarahaa jakson aikana. Samantyyppisiä, usein kuntouttavaa työtoimintaa edeltäviä, palveluja on kehitetty eri puolilla Suomea esimerkiksi osana Työllisyyden kuntakokeilua tai muuna hanketoimintana (ks. esim. Lindberg ym. 2014; Karjalainen ym. 2015; Karjalainen & Saikku 2015). Toiminnan taustalla voidaan nähdä toisaalta tarve selvittää pidempään työttömänä olleiden työ- ja toimintakykyä ja toisaalta tarve kehittää matalan kynnyksen elämänhallintaa ja osallisuutta lisäävää sosiaalista kuntoutusta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa kuntakartoituksessa selvitettiin sosiaalihuollon työllistymistä tukevan toiminnan, työtoiminnan ja työhönvalmennuksen organisointi- ja järjestämistapaa kunnissa (Klem 2013). Selvityksen tulosten mukaan etenemistavoitteiden toteutumista edistäisivät suurempi räätälöityjen työpaikkojen määrä, työnantajien tukeminen, asiakkaiden parempi toimintakyky, kuntien paremmat resurssit toteuttaa mm. työhönvalmennusta, työtoiminnan kehittämisen enemmän työelämään suuntaavaksi palveluksi sekä palkan ja eläkkeen helpompi yhteensovittaminen. Lainsäädännön ja palvelujärjestelmän ongelmina olivat vastaajien mielestä niiden vaikeaselkoisuus ja pirstaleisuus, jotka johtavat lain kirjaviin tulkintoihin ja erilaisiin toimintakäytäntöihin eri kunnissa. Asiakkaille haluttiin tarjota palveluja yksilöllisen tarpeen mukaan, ei esimerkiksi diagnoosin tai työmarkkinastatuksen perusteella. Niihin perustuva palvelujen jaottelu lisää siirtymäkynnyksiä palvelusta, etuudesta tai palvelupisteestä toiseen. Myös yhteistyötä ja työnjakoa eri toimijoiden, erityisesti sosiaalitoimen ja työ- ja elinkeinotoimiston välillä pitäisi vastaajien mielestä

parantaa. Erityisesti kuntouttavan työtoiminnan rakenteeseen ja sisältöön kaivattiin enemmän joustavuutta. (Emt.)

Haastatteluissa yhteistyön näkökulmasta haasteelliseksi koettiin jatkuva muutos: eri toimijatahojen organisaatiot ja käytänteet muuttuvat niin usein, että tilanteessa on vaikea pysyä ajan tasalla. Lisäksi koettiin, että esimerkiksi pääkaupunkiseudulla toimijaverkosto on kuntoutuksessa niin massiivinen, ettei yksi henkilö voi tietää ja tuntea kaikkia toimijoita.

Useissa haastatteluissa tuotiin esille, ettei prosessivastuuta työttömien ammatillisesta kuntoutuksesta ole tällä hetkellä millään taholla: asiakas ohjataan tarvittaessa eri tahoille ja kukin taho hoitaa oman osuutensa, mutta kokonaisprosessin seuranta ei ole kenenkään vastuulla. Työnjako on siten selkeä, mutta koordinaatio puuttuu.

4.4.6 Ammatillisen kuntoutuksen organisointi ja osaaminen TE-toimistoissa

TE-toimistojen palvelut uudistuivat valtakunnallisesti vuoden 2013 alussa. Keskeisiä muutoksia olivat⁴:

1) TE-palveluissa keskitytään tukemaan työnhakijoiden nopeaa työllistymistä, parantamaan osaan työvoiman saatavuutta ja turvaamaan yritysten toimintaedellytyksiä.

TE-palvelut järjestetään asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti ja palvelumalli perustuu kolmeen palvelulinjaan:

1. linja Työnvälitys- ja yrityspalvelut: asiakkaana on työnhakija, jonka ammattitaito ja osaaminen tarjoavat edellytykset sijoittua suoraan avoimille työmarkkinoille. Tällä palvelulinjalla on myös pääasiallinen vastuu yritys- ja työnantaja-asiakkaista.

⁴ https://www.tem.fi/tyo/tyovoima- ja_yrityspalvelut/uudet_te-palvelut (poimittu 5.6.2015)

2. linja Osaamisen kehittämisspalvelut: asiakkaana on työnhakija/henkilöasiakas, jonka työllistymisen edellyttää ammatillisen osaamisen lisäämistä ja/tai tukea tavoitteiden ja vaihtoehtojen selvittämisessä.

3. linja Tuetun työllistymisen palvelut: asiakkaana on työnhakija, joka tarvitsee keskimääräistä enemmän yksilöllistä tukea ja/tai moniammatillista palvelua työllistyäkseen avoimille työmarkkinoille.

2) Asiointimahdollisuudet laajenivat sähköisten palvelujen uudistuessa. Asiakkaan edellytetään hoitavan monet aikaisemmin henkilökohtaista käyntiä vaatineet ilmoitusluontoiset asiat verkossa tai soittamalla puhelinpalveluun. Uudesta verkkopalvelusta löytyvät sähköiset asiointipalvelut sekä tietoa muun muassa rekrytoinnista, työnhausta, koulutuksesta, ammatinvalinnasta ja urasuunnittelusta sekä yrittäjyydestä.

3) TE-toimistojen yhdistämisen kautta TE-toimistojen lukumäärä väheni 15 alueelliseen TE-toimistoon, joilla on vaihteleva määrä toimipaikkoja. Työ- ja elinkeinotoimistot ovat vuoden 2013 alusta lukien: Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Hämeen, Pirkanmaan, Kaakkois-Suomen, Etelä-Savon, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, ja Lapin TE-toimisto.

TEM:n ja ELY-keskuksen haastatteluissa tuotiin esille, että yksi keskeinen muutos on lisäksi ollut pyrkimys vähentää "virkamiesbyrokratiaa" eli työnhakijoiden rutiininomaista seurantaa ja valvontaa. Työntekijöillä on myös entistä enemmän mahdollisuuksia itse päättää asioista. Tämä koettiin isoksi kulttuuriseksi muutokseksi, jonka omaksuminen on vasta meneillään.

TE-palvelujen uudelleen organisointi ja kuntoutuksen asema uudistuksessa herätti runsaasti keskustelua etenkin TE-asiantuntijoiden haastatteluissa. Päällimmäisenä johtopäätöksenä haastatteluista on, että ammatillisen kuntoutuksen asema on TE-palveluissa tällä hetkellä hyvin epäselvä ja osin ristiriitainenkin. Haastatteluissa tuotiin esille, että palvelu-uudistuksen lähtökohtana kuntoutuksen osalta oli, että kaikilla palvelulinjoilla tulisi olla kuntoutuksen osaamista. Toisaalta työ- ja elinkeinoministeriö on linjannut, että yhteistyön koordinointiin liittyvät tehtävät kuuluvat 3. linjalle. Tämä näyttäisi useissa toimistoissa johtaneen siihen, että entiset ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijat ovat keskittyneet 3. linjalle, mutta ammatinvalintapsykologit työskentelevät usein 2. linjalla. Useampi haastatelluista TE-toimiston asiantuntijoista koki tämän linjauksen huonoksi: heidän mielestään kuntoutusosaaminen pitäisi pikemmin keskittää 2. linjalle, jossa tehtävänä on osaamisen kehittäminen. Myös palveluiden hankinta näytti usein olevan 2. linjan vastuulla. Kolmannen linjan asiakkailta sosiaalisen kuntoutuksen tarpeet nähtiin usein ensisijaisina ammatilliseen kuntoutukseen nähden. Joissakin toimistoissa koettiin, että kuntoutusosaaminen pirstoutui uudistuksen myötä kaikkialle, eikä 3. linjalle ajateltu kuntoutuksen koordinaatiovastuu ole käytännössä konkretisoitunut. Kuntoutuksen asiantuntijoiden sijainti ja tehtävät TE-toimistoissa näyttivät siten myös vaihtelevan toimistokohtaisesti.

Kuntoutusosaamisen valtavirtaistaminen on meneillään TE-palveluissa käynnissä olevan Sapluuna-koulutuksen kautta. Ajatuksena on, että koulutukseen osallistuvat kaikki eri linjojen asiantuntijat TE-toimistoissa. TE-osaamisen Sapluuna on Salmian suunnittelema opiskeluaineisto, jota TE-toimistot voivat käyttää pienryhmissä

tapahtuvan oppimisen tukena sekä perehdytykseen että itseopiskeluun. Kuntoutusosaamisen Sapluunan tavoite on antaa perustietoa ammatillisesta kuntoutuksesta, ammatillisen kuntoutuksen viranomaisyhteistyöstä ja palveluista sekä kuntouttavasta työotteesta. Koulutus toteutuu kolmena tehtävänä, joista ensimmäisen tehtävänä on kartoittaa, mitkä ovat TE-toimiston ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa käytettävät palvelut sekä Kelan ammatillisen kuntoutuksen palvelut sekä pohtia omaa asiakastilannetta, joka liittyy ammatillisen kuntoutuksen teemaan. Lisäksi

tavoitteena on pohtia, millainen on kuntouttava työote ja mitä tarkoittaa vuorovaikutusosaaminen. Toinen tehtävä jatkaa asiakasesimerkkien kautta keskustelua TE- ja muiden palveluiden hyödyntämisestä asiakkaan palveluprosessissa ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa. Lisäksi tavoitteena on ymmärtää verkostoyhteistyön merkitystä sekä tutustua ammatillisen kuntoutuksen toimijan palveluihin. Kolmannessa tehtävässä vedetään yhteen kokemuksia ja ajatuksia aiemmista tehtävistä.⁵

Yksi koulutukseen osallistuneista haastatelluista piti koulutusta hyvänä ja tarpeellisena, erityisesti siitä syytä, että koulutuksen kautta TE-toimiston tehtävä ammatillisessa kuntoutuksessa selkiytyi. Koulutus olisi hänen mielestään ollut syytä toteuttaa jo aiemmin palvelu-uudistuksen toteuduttua. Haastateltu hahmotti TE-toimiston tehtävää siten, että lakisääteinen kuntoutus eli Kelan ja työeläkelaitosten toteuttama ammatillinen kuntoutus on aina ensisijaista TE-palveluihin nähden. Mikäli asiakas ei ole oikeutettu lakisääteiseen kuntoutukseen, voidaan miettiä TE-palvelujen roolia, mutta tällöin on tärkeä muistaa, että palvelu on määrärahasidonnaista ja harkinnanvaraista eli sen tarkoituksenmukaisuutta harkitaan.

Osa haastatelluista suhtautui hyvin kriittisesti ajatukseen, että kuntoutusosaaminen voisi olla kaikkien TE-palvelujen työntekijöiden hallussa. He kokivat, ettei suurella osalla työntekijöistä ole käytännössä aikaa, osaamista tai välttämättä edes kiinnostusta hoitaa kuntoutusasioita, koska niiden hoitaminen vie paljon aikaa,

tulokset ovat vaikeasti ennakoitavissa ja syntyvät vasta pitkä ajan kuluessa. Kaiken kaikkiaan työntekijöillä oli usein sellainen tunne, ettei kuntoutusosaamista arvosteta eikä tämäntyyppiselle työlle anneta riittävästi aikaa. Tulostavoitteet ovat myös kiristyneet: työllistymistuloksia halutaan nopeasti ja tämä ei kannusta työntekijöitä tekemään töitä kuntoutusasioiden kanssa. Tämä näkyy myös siten, että terveysongelmaiset asiakkaat ohjataan hyvin herkästi 3. linjan asiakkaiksi, vaikka heidän työllistymisensä edistäminen edellyttäisikin ensisijaisesti osaamisen kehittämistä terveydellisistä

⁵ Heini Rantilältä saatu materiaali Kuntoutusosaamisen Sapluuna opiskeluaineistosta, 27.4.2015.

ongelmista huolimatta. Ristiriitaiseksi tilanteen tekee se, että ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet nähtiin usein sopivimmiksi 2. linjan asiakkaille. Sen sijaan 3. linjan ja TYP:n asiakkaiden kohdalla todettiin usein, etteivät nämä asiakkaat ole riittävän hyvässä kunnossa osallistuakseen ammatillisen kuntoutuksen palveluihin. Heidän kohdallaan esille nostettiin useimmiten hoidon ja sosiaalisen kuntoutuksen palvelutarpeet. Näiden asiakkaiden kohdalla ensisijainen palveluvastuu näytti haastatteluissa usein määrittyvän kunnalle.

Haastatteluissa ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn koettiin palvelu-uudistuksen myötä muuttuneen jopa aiempaa hankalammaksi ja moniportaisemmaksi, vaikka uudistuksen tavoitteena on ollut asiakkaiden palveluketjujen virtaviivaistaminen ja nopeuttaminen. Polku voi olla pitkä, ennen kuin kuntoutusasioiden tarkastelu edes aloitetaan. Ilmoittautuminen tehdään sähköisesti asiakasta tapaamatta ja mikäli asiakas ei itse tuo esille mahdollisia terveysongelmiaan, eivät ne tule esille. Jos asiakas ohjautuu linjalle yksi, yhteydenpito jää tähän. Jos asiakkaan arvioidaan kuuluvan linjalle kaksi tai kolme, seuraavaksi tehdään alkukartoitus puhelimitse. Vaikka alkukartoitukseen kuuluu myös terveydentilaan liittyvä kysymys, eivät terveysongelmat tai kuntoutustarpeet asiantuntijoiden mukaan välttämättä tule tässä esille. Jos esille nousee mahdollisia terveysongelmia tai kuntoutustarpeita, asiakas ohjataan seuraavaksi joko linjalle kolme tai toiselle kuntoutusasioita tuntevalle asiantuntijalle. Vasta tässä vaiheessa tilanteen ja mahdollisten kuntoutuskysymysten selvittely voi alkaa. Tämä on myös ensimmäinen kerta, jolloin asiakas voidaan tavata kasvokkain. Henkilökohtaisen kohtaamisen nähtiin olevan tärkeä tekijä terveysongelmien merkityksen ja mahdollisten kuntoutustarpeiden selvittelyssä.

Alkukartoitukseen varatun henkilöstön asiantuntemuksesta oli erilaisia näkemyksiä eri toimitoissa. Toisessa koettiin, ettei alkukartoitusta tekevällä henkilöstöllä ole riittävää asiantuntemusta esimerkiksi kuntoutusasioista, jotta he osaisivat tunnistaa ja ohjata asiakkaita. Toisessa toimistossa taas kerrottiin, että alkukartoitustyöhön on rekrytoitu kokeneita osaajia, jotka tuntevat monipuolisesti TE-palveluita ja joilla on tietämystä myös kuntoutusasioista. Heidän asiantuntemuksensa

koettiin taas menevän alkukartoitustyössä paljolti hukkaan, koska alkukartoittaja tekee vain mekaanisesti kartoituksen ja ohjaa sitten asiakkaan eteenpäin.

Osa haastatteluista asiantuntijoista nosti esille laajemminkin kysymyksen siitä, miten asiantuntijuutta nykyisessä TE-toimistossa arvostetaan. Työntekijöillä oli tunne, ettei heidän erityisosaamistaan välttämättä arvosteta, vaan he päinvastoin joutuvat toistuvasti perustelemaan ja puolustelemaan omia tekemisiään. Pitkäjänteinen ja hitaasti etenevä työ ei näyttäydä sellaisena työnä, jota TE-toimistossa nykyisin arvostetaan, vaikka kuntoutusasiakkaiden kohdalla tällainen työtapa on ainoa, jonka koettiin tuottavan tuloksia. Työntekijän näkökulmasta hänen oman asiantuntemuksensa arvostaminen ja hyödyntäminen lisää työmotivaatiota. Jos työtä virtaviivaistetaan ja yhdenmukaistetaan vahvasti, vähentää se työntekijöiden motivaatiota ja työssä viihtymistä ratkaisevasti. Näkyville tuli myös toimistojen välisiä eroja: yhdessä toimistossa johdon koettiin arvostavan myös kuntoutusosaamista ja antavan tilaa tehdä asioita itsenäisesti, toisessa koettiin, että asenteet ovat hyvin kylmiä esimerkiksi terveysongelmaisia työnhakijoita kohtaan ja heidän tilanteensa hoitamista ei nähty TE-toimiston tehtävänä.

Kuntoutusosaamisen liitettiin haastatteluissa muun muassa riittävä aika yksilölliseen tilanteiden kartoitukseen ja asioiden hoitamiseen, verkostojen tuntemus ja niiden kanssa tehtävä tiivis yhteistyö sekä pitkäjänteinen työskentelytapa, johon sama henkilö sitoutuu pidemmäksi aikaa prosessia hoitamaan. TE-palvelujen toimistouudistus on entisestään laajentanut toimijaverkostoja ja yhteistyötahoja, joiden kanssa tulisi olla aikaa tehdä yhteistyötä ja hoitaa asiakkaan prosessin etenemistä. Kuten yksi haastatelluista totesi, jos olisi enemmän aikaa ja vähemmän asiakkaita, voisi tehdä tuloksellisempaa työtä tämän asiakasryhmän kanssa ja prosessit etenisivät. Myös aiemman tutkimuksen mukaan keskeisin sisältö vajaakuntoisen palveluprosessissa syntyy virkailijan tarjoaman henkilökohtaisen palvelun kautta (Vedenkannas ym. 2011).

TE-palvelujen uudistuksesta ei ole vielä julkaistu seurantatutkimustietoa. Suomen sosiaali ja terveys ry SOSTE:n sosiaalibarometrissä vuodelta 2014 kartoitettiin TE-toimistojen johtajien näkemyksiä TE-palveluista uudistuksen jälkeen. Aineisto kerättiin vuoden vaihteessa 2013–2014 eli noin vuosi uudistuksen voimaantulon jälkeen. Vastaajien arvioiden mukaan palvelu-uudistus oli heikentänyt muun muassa toimintojen organisoinnin selkeyttä, henkilökohtaista palvelua ja palvelujen saatavuutta työttömien näkökulmasta. Uudistuksen koettiin parantaneen TE-toimiston toimipisteiden välistä yhteistyötä ja palvelujen saatavuutta yritysten näkökulmasta. Asiakasryhmittäin tarkasteluna uudistuksen hyötyjiksi koettiin suoraan avoimille työmarkkinoille työllistyvät asiakkaat sekä muut omatoimiset asiakkaat, jotka eivät tarvitse henkilökohtaista palvelua. Vähemmälle huomiolle jääneitä asiakasryhmiä olivat vastausten perusteella muun muassa pitkäaikaistyöttömät, osatyökykyiset ja maahanmuuttajat. Uudistuksen häviäjiksi koettiin siten ne asiakkaat, jotka tarvitsisivat henkilökohtaista tukea ja apua työllistymiseensä. Nykyisiä henkilöresursseja ei nähty riittävinä palvelujen turvaamiseen ja esille nousi myös palvelulinjojen väliseen yhteistyöhön ja työnjakoon liittyviä ongelmia. (Eronen ym. 2014, 68–73, 108–109.)

Haastattelujen yhteenvetona voidaan todeta, että ammatillisen kuntoutuksen osaamisen asema ja organisointi TE-palveluissa näyttävät tällä hetkellä epäselvältä. Kuntoutusosaamista pyritään TE-toimistoissa lisäämään koulutuksen avulla, mutta haastattelujen perusteella tällä ei voida korvata syvempää kuntoutusosaamista ja yksilökohtaista ohjausta ja tukea.

4.4.7 Ammatillisen kuntoutuksen palvelut ja koordinaatio TE-toimistoissa

TE-palvelujen uudistuksessa palveluvalikoimaa koskevia muutoksia olivat muun muassa työharjoittelun, työelämävalmennuksen ja työkokeilun yhdistäminen ja kehittäminen nykyiseksi työko-

keiluksi sekä valmentavan ja ohjaavan työvoimakoulutuksen muuttaminen työnhakuvalmennukseksi ja uravalmennukseksi⁶. Työ- ja elinkeinoministeriön ohjeessa (31.12.2014) lain ja asetuksen soveltamisesta todetaan, että julkisia työvoima- ja yrityspalveluja tarjotaan ammatillisena kuntoutuksena niille asiakkaille, joilla lääkärin asianmukaisesti toteama vamma tai sairaus vähentää mahdollisuuksia saada työtä, säilyttää työ tai edetä työssä. Kaikki TE-toimiston palveluvalikoiman palvelut ovat myös em. asiakkaiden käytössä. Ohjeen mukaan ammatillisena kuntoutuksena tarjottavat työvoimapalvelut ovat osa harkinnanvaraisen kuntoutuksen kokonaisuutta ja täydentävät muiden toimijoiden järjestämää ammatillista kuntoutusta. Ennen kuin TE-toimisto tarjoaa palveluja ammatillisena kuntoutuksena, sen tulee selvittää, onko asiakkaalla oikeus ammatilliseen kuntoutukseen lakisääteisenä palveluna tai kuuluko palvelu muun toimijan järjestämisvastuulle ja tarvittaessa ohjata asiakas näiden ensisijaisten palvelujen piiriin. (TEM 2014, 7.)

Ohjeessa todetaan lisäksi, että pelkkä lääkärin toteama vamma tai sairaus ei ole peruste tarjota työvoimapalveluja ammatillisena kuntoutuksena. Toimiston on henkilön palvelutarpeen arvioinnissa tunnistettava, syntyykö palvelun tarve henkilön sairauden tai vamman aiheuttamista rajoituksista. Jokaisen ammatillisena kuntoutuksena tarjotun työvoimapalvelun päätyttyä sekä aina uuden työhaun alkaessa on arvio ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeesta tehtävä uudelleen. Kun TE-toimisto arvioi, tarjoaako se työvoimapalveluja ammatillisena kuntoutuksena, henkilöllä on oltava esittää riittävän ajantasainen lääkärinlausunto tai muu lääketieteellinen dokumentti, josta vamman tai sairauden diagnoosi tulee esille. Kun työvoimapalveluja tarjotaan asiakkaalle ammatillisena kuntoutuksena, on palvelun ensisijaisena tarkoituksena määrittää henkilölle sellainen hakuammatti, johon hänellä on valmiudet sijoittua. Mikäli TE-toimiston virkailija ei asianmukaisen ja ajantasaisen lääkärinlausunnon pohjalta pysty arvioimaan, vähentääkö asiakkaan vamma

⁶ TE-palvelut uutinen 11.10.2012: Julkiset työvoima- ja yrityspalvelut uudistuvat ensi vuoden alusta. www.te-palvelut.fi (luettu 29.5.2015)

tai sairaus hänen mahdollisuuksia saada työtä, säilyttää työ tai edetä työssä, voi TE-toimisto järjestää tämän selvittämiseksi lyhyen työkokeilun tai muun asiantuntija-arvion esimerkiksi työnantajalta. (TEM 2014, 7-8.)

TE-palvelujen asiantuntijoiden näkemykset TE-toimistojen ammatillisen kuntoutuksen palveluista vaihtelivat hieman. Osa koki, ettei TE-palveluissa ole enää ammatillisen kuntoutuksen palveluja, koska tätä ei lainsäädännössä mainita. Osa taas koki, että ammatillisen kuntoutuksen palvelujen kriteerit ovat tiukentuneet esimerkiksi työkyvyn arviointien osalta. Kaikki haastattelut toivat esille, että TE-palveluja voidaan tarjota ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa, mutta kukaan ei osannut sanoa, miksi näin kannattaisi tehdä tai mitä hyötyä siitä olisi asiakkaan tai työntekijän näkökulmasta. Yksi haastateltu näki, että jos henkilöllä on diagnoosi, tarkoittaa se sitä, että palvelua saadaan ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa.

TE-toimiston ammatillisen kuntoutuksen palveluina tai siinä tarkoituksessa tarjottuina palveluina nousivat haastatteluissa useimmiten esille työkyvyn arviointi, työvoimakoulutus, omaehtoinen opiskelu ja palkkatuetty työ. Työkyvyn arviointien osalta työntekijät totesivat kriteerien tiukentuneen. Työvoimakoulutuksen osalta todettiin, ettei palveluun pääse laajemmin niitä, joilla on terveydellisiä ongelmia. Sama tuotiin esille myös valmennusten ja työkokeilujen kohdalla. Esimerkiksi työhönvalmennuksen yksi työntekijä koki koskevan jo niin laajaa kohderyhmää, että se on johtanut ryhmäkokojen kasvamiseen ja toiminnan fokuksen katoamiseen. Työntekijä pohti, pitäisikö palvelua kuitenkin suunnata ensisijaisesti niille asiakkaille, joilla on enemmän vaikeuksia työllistymisessään. Toisessa esimerkissä työnhakuvalmennukseen ei haluttu ottaa masennuksesta kärsivää asiakasta, koska se olisi voinut olla haitallista ryhmädynamiikan kannalta.

Omaehtoinen opiskelu työttömyysturvalla tuotiin haastatteluissa esille positiivisena muutoksena, joka edesauttaa ammatillista kuntoutumista. Tukijakson keston todettiin tosin olevan liian lyhyt tutkinnon suorittamiseen.

Palkkatuettuun työhön liittyvät linjaukset ja painotukset nostettiin esille TE-palvelujen asiantuntijoiden haastatteluissa. Palkkatuettu työ nähtiin hyvänä jatkona esimerkiksi Kelan kuntoutustoimenpiteille, mutta haastatteluhetkellä voimassa ollut linjaus palkkatuen kohdistamisesta pitkään työttömänä olleille on tarkoittanut sitä, ettei sitä ole mahdollista käyttää tässä tarkoituksessa. Yksi haastatelluista pohti myös sitä, kannustavatko käytännöt osatyökykyisten työllistämiseen, kun palkkatukihakemukseen tulee nykyisin merkitä henkilön sairaudet ja niiden vaikutus työn tuottavuuteen. Tämä ei ole kovin houkutteleva lähtökohta työnantajan näkökulmasta. Tuottavuuden aleneman arviointi koettiin myös vaativaksi tehtäväksi, ja mikäli arvio muuttuu, voi seurauksena olla työpaikan menettäminen.

Haastattelujen perusteella syntyy näkemys, ettei TE-palveluissa ole enää ammatillisen kuntoutuksen palveluja. Työttömien ammatillisen kuntoutuksen palvelut toteutuvat tilanteen mukaan joko työeläkelaitosten tai Kelan ammatillisena kuntoutuksena. TE-palvelujen tehtävä ammatillisen kuntoutuksen prosessin käynnistäjänä ja toisaalta kuntoutuksen jälkeisen työllistymisen edistäjänä voisi kuitenkin olla keskeinen. Tällä hetkellä, kun prosessin koordinaatiovastuuta ei ole määritelty, tämä tehtävä vaikuttaa epäselvältä ja satunnaisesti toimivalta. Ei voi välttyä saamasta kuvaa, että TE-toimistot ohjaavat tällä hetkellä terveysongelmaiset työnhakijat, etenkin työttömyyden pitkityksessä, pois omista palveluistaan sen sijaan, että ottaisivat vastuun näiden asiakkaiden työllistymisen edistämisestä, vaikka varsinaiset kuntoutustoimenpiteet toteutuisivatkin jonkin toisen tahon toimesta (Kela, työeläkelaitokset, kunnat).

TE-asiantuntijoiden haastatteluissa TE-toimistojen rooli työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa määrittyi hieman ristiriitaisesti. Osa haastatelluista näki, että työttömien työkyvyn arviointi ja terveystalvet -työryhmässä määritelty vastuunjako, jonka mukaan "TE-toimistolla tulee olla ensisijainen vastuu prosessista, jossa työttömän työnhakijan työkyky arvioidaan ja päätetään työ-

markkinoille kuntouttavista palveluista” on asianmukainen (ks. TEM 2011, 26). TE-toimistolla nähtiin olevan koordinaatiovastuu työttömien ammatillisen kuntoutuksen prosessissa. Haastatellut tosin kokivat, ettei vastuu toteudu tällä hetkellä, mutta se olisi se tavoitetilä, jota kohti tulisi pyrkiä.

Osa haastatelluista taas näki, että TE-toimistoilla ei ole niinkään koordinaatiovastuuta, vaan vain vastuu ohjata ja neuvoa asiakkaita tarvittaessa ensisijaisten palvelujen (Kela, työeläkelaitokset, kunta) piiriin. Osittain taustalla vaikutti olevan se, että TE-palveluiden roolin koettiin ”napakoituneen”: vastuu otetaan vain TE-hallinnon harkinnanvaraisesta ja määrärahasidonnaisesta ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa tarjottavasta palvelusta. Kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat ohjataan aina ensisijaisesti ammatillisesta kuntoutuksesta vastuussa oleville tahoille eli työeläkelaitoksiin, tapaturmavakuutukseen tai Kelalle. Vasta tämän jälkeen voidaan harkita, olisiko TE-toimistolla jokin tehtävä henkilön ammatillisessa kuntoutuksessa. Haastatteluissa esiin tullut mielenkiintoinen seikka oli se, että asiakkaita näytettiin kuitenkin käytännössä usein ohjattavan kunnan palveluiden piiriin, kuten kuntouttavaan työtoimintaan tai kuntien omille kartoitusjaksoille. Toinen selkeä syy siihen, miksi TE-toimistolla ei nähty olevan ensisijaista vastuuta ammatillisen kuntoutuksen prosessissa oli se, että toimistoissa ei koettu olevan riittävää resurssia tällaiseen toimintaan. Esimerkiksi työkykykoordinaattori-tyyppistä toimintaa pidettiin periaatteessa kannatettavana, mutta se nähtiin vaativan huomattavaa lisäresursointia. Myös aiemman tutkimuksen mukaan TE-hallinnossa koettiin, ettei kokonaisvastuuta asiakkaan terveys- ja kuntoutuspalveluista tunnu olevan kenenkään (Vedenkannas ym. 2011).

4.4.8 Työttömät työnhakijat ja motivaatio ammatilliseen kuntoutukseen

Haastatteluissa nostettiin toistuvasti esille asiakkaan oman motivaation merkitys kuntoutuksessa. Asiakkaan usko itseensä, tahto mennä eteenpäin ja halu osallistua kuntoutukseen nähtiin edellytyksinä sille, että ammatillista kuntoutusta voidaan hakea ja toteuttaa. Pitkää kuntoutusprosessia ja -polkua ei nähty ongelmallisena, mikäli asiakkaalla oli motivaatiota kuntoutumiseen. Haastatteluissa tunnistettiin, ettei motivaation syntyminen ja ylläpitäminen ole helppoa: taustalla voi olla

esimerkiksi hylkäävä päätös työkyvyttömyyseläkkeestä, jolloin asiakas tarvitsee aikaa työstää tilannettaan ennen kuin voi kääntää suuntautumisensa eläköitymisestä taas työelämään. Työntekijällä tulisikin olla aikaa käydä motivoivaa keskustelua asiakkaan kanssa: osoittaa, ettei tähän tilanteeseen voi jäädä ja löytää kuntoutusta tukevia asioita asiakkaan tilanteesta. Työttömyyden pitkittyminen koettiin erityisesti tekijäksi, joka vähentää asiakkaiden motivaatiota osallistua kuntoutukseen: usko omiin mahdollisuuksiin vähenee työttömyyden pitkittyessä eikä asiakkaalla ole välttämättä enää uskallusta lähteä uusiin toimenpiteisiin aiempien pettymysten ja epäonnistumisten vuoksi. Motivaation kannalta onkin tärkeätä ymmärtää, miten ihmiset päättävät erilaisten tavoitteidensa tärkeydestä, millaiset tavoitteet he kokevat mahdollisiksi saavuttaa ja millaisista syistä aikaisemmat tavoitteet ovat jääneet saavuttamatta (Härkäpää & Järvikoski 2012, 145).

Toisaalta työntekijät olivat itsekkin hyvin skeptisiä pidempään työttömänä olleiden mahdollisuuksista työllistyä avoimille työmarkkinoille edes ammatillisen kuntoutuksen jälkeen. Nykyisessä talous- ja työmarkkinatilanteessa tämä koettiin realismiksi. Ammatillisella kuntoutuksella nähtiin kuitenkin muitakin tavoitteita kuin työllistyminen, kuten sosiaalinen kuntoutuminen ja yhteiskunnan toiminnassa mukana pysyminen. Haastatellut nostivat myös esille kokemiaan yllätyksiä, joissa pitkään työttömänä olleet asiakkaat olivat pitkän kuntoutusprosessin myötä työllistyneet avoimille työmarkkinoille.

Työeläkekuntoutukseen osallistuvia koskeneessa tutkimuksessa sosiodemografisista tekijöistä ikä ja ammattikoulutus olivat yhteydessä ilmaistuun motivaatioon (Härkäpää & Järvikoski 2012). Eritäin motivoituneiden osuus laski iän myötä, ja toisaalta parempi koulutus oli yhteydessä voimakkaampaan motivaatioon. Kuntoutuksen oikea-aikaiseksi koettu käynnistyminen merkitsi parempaa motivoitumista kuntoutukseen. Huomattava osa vastanneista koki kuntoutuksen käynnistyneen liian myöhään ja heidän keskuudessaan motivoitumattomien osuus oli suurin. Kuntoutukseen hakeutumisvaiheeseen liittyvistä yksittäisistä tekijöistä vahvoja koetun kuntoutusmotivaation selittäjiä olivat kuntoutustarpeen taustasyyt ja työeläkekuntoutukselle asetetut tavoitteet. Niillä,

jotka raportoivat keskimääräistä vähemmän kuntoutustarpeen syntyyn vaikuttaneita syitä, erityisesti erilaisia psykososiaalisia ja epävarmuustekijöitä, motivaatio kuntoutukseen oli voimakkaampaa. Kuntoutuksen suunnitteluun ja kuntoutusprosessiin liittyvistä yksittäisistä tekijöistä voimakkaimmin kuntoutusmotivaatioon yhteydessä olivat osallistuminen suunnitelman laadintaan, suunnitelman ja omien tavoitteiden vastaavuus sekä kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista kuntoutusprosessissa. Erityisen voimakas yhteys koettuun motivaatioon oli sillä, että laadittu suunnitelma vastasi omia toiveita hyvin. (Emt., 156–158.)

4.4.9 Työmarkkinayhteydet osatyökykyisillä työttömillä työnhakijoilla

Yhtenä merkittävänä esteenä osatyökykyisten työttömien työllistymiselle nähtiin haastatteluissa se, ettei työnantajilla ole halua ottaa osatyökykyisiä töihin. Etenkin nyt taloudellisen laskusuhdanteen aikana jo työkokeilu- tai palkkatukipaikkojen löytäminen on vaikeaa. Yhden haastatellun mielestä valtaosa osatyökykyisistä asiakkaista voisi tehdä esimerkiksi korotetun palkkatuen mukaista työtä, mutta työnantajat eivät heitä ota. Toinen haastateltu näki, että vastuuta osatyökykyisten työllistämisestä tulisi siirtää myös työnantajille esimerkiksi kiintiöiden kautta. Työnantajien asenteet nousivat esille keskeisenä esteenä osatyökykyisten työllistymiselle myös aiemmassa vajaa-kuntoisten TE-palveluita selvittäneessä tutkimuksessa (Vedenkannas ym. 2011). Tällöin monet näkivät ongelman liittyvän etenkin siihen, etteivät työnantajat tunne riittävän hyvin tarjolla olevia työllistymisen tukipalveluja ja taloudellisia tukia. Virkailijoiden mielestä oli myös tarvetta kehittää joustavia ja portaittaisia työhön paluun malleja. (Emt.)

Suomessa osatyökykyisille räätälöidyt erityisohjelmat ovat harvinaisia suhteessa muihin Pohjoismaihin. (Asplund & Koistinen 2014, 128). Suomen toimintaperiaate korostaa inklusiota ja normalisaatiota. Työvoimapolitiittiset tukitoimet näyttävät pohjautuvan myös osatyökykyisten kohdalla työn tarjontaa korostaviin näkökohtiin. Kiintiö- eli määräosuusjärjestelmään on suhtauduttu hyvin varauksellisesti muun muassa Osatyökykyiset työssä -työryhmän raportissa (ks. STM 2013a).

OECD on suositellut negatiivisten (kuten kiintiöt ja sakot) ja positiivisten (kuten palkkatuki) kannustimien tasapainoista käyttöä. Suomessa on valittu jälkimmäinen ratkaisu. (Asplund & Koistinen 2014, 125–129.)

Erilaisia tuetun työllistämisen malleja on viime vuosina nostettu esille osatyökykyisten työllistymisen edistämisessä (ks. esim. Arola ym. 2013; Härkäpää ym. 2013; EUSE toolkit 2014; STM 2013a). Eri Euroopan maiden käytäntöjä selvittäneessä tutkimuksessa todettiin, että parhaiten toimivina ratkaisuin heikossa työmarkkina-asemassa oleville ja eri tavoin vajaakuntoisille eri maissa nähtiin normaalin työelämän sisällä olevat työelämäratkaisut (Arnkil ym. 2012). Parhaita tuloksia näytettiin saavutetun sellaisilla malleilla, joissa mahdollisimman nopeasti järjestettiin mahdollisimman normaali työsuhde normaaliin työelämään – ja sitten eri tavoin (kuntoutuksella, koulutuksella, henkilökohtaisella valmentajalla) tuettiin tämän työsuhteen toimivuutta ja vakiintumista. Tämä edellyttää muutoksia myös työelämässä ja työkulutturissa. (Emt.)

Kompassi-hankkeessa toteutettiin ja kehitettiin ammatillista kuntoutusta ja tuetun työllistämisen mallia Pohjois-Suomessa vuosina 2009–2013. Projektissa käytetty palveluohjaajan, työhönvalmentajan ja työnetsijän yhteistyömalli toimi parhaiten pitkään työelämän ulkopuolella olleiden ja terveysongelmaisten asiakkaiden kuntoutuksessa. Projektin johtopäätöksenä todettiin, että toimintamalli soveltuu tukemaan vaikeasti työllistyvien, sairauslomalta tai kuntoutustuelta työhön palaavien ja terveysongelmaisten henkilöiden työllistymistä ja opiskelua. Työkokeilua, palkkatukea ja työolosuhteiden järjestelytukea tulisi käyttää osana tuettua työllistämistä nykyistä enemmän. Työhönvalmentajan tuki tuetussa työllistämisessä koettiin työnantajien puolelta hyvänä verrattuna työ- ja elinkeinohallinnon työharjoitteluun tai tukityöllistämiseen. Hankkeen mukaan työkykykoordinaattorien ja Kelan työkykyneuvonnan rinnalle tarvittaisiin työhönvalmentaja- ja työnetsijäpalvelun kehittämistä. (Arola ym. 2013.)

Myös Osatyökykyiset työssä -työryhmän näkemyksen mukaan työhönvalmennus on osoittautunut tulokselliseksi tavaksi edistää osatyökykyisten työllistymistä, mistä johtuen kuntien, työeläkelaitosten, TE-toimiston ja Kelan tulisi lisätä valmennuksen käyttöä ja parantaa sen vaikuttavuutta mm. käyttämällä nykyistä laajemmin tuetun työllistymisen työhönvalmennuksen menetelmää. Menetelmässä olennaista on valmennuksen vieminen työpaikalle, mikä tukee työssä pysymistä ja mahdollistaa tuen tarvittaessa myös työnantajalle ja työyhteisöille. (STM 2013a.)

4.5 Ammatillinen kuntoutus työnvälitystilastoissa

Tässä alaluvussa tarkastellaan tilastoaineiston avulla osatyökykyisiä työttömiä työnhakijoita ja TE-palveluita, joihin he ovat osallistuneet. Tarkastelua tehdään pääasiassa vuotta 2014 koskien. Karkeaa suuntaa-antavaa vertailua tehdään myös suhteessa kaikkiin työttömiin työnhakijoihin sekä suhteessa lakimuutosta ja palvelu-uudistusta edeltäviin vuosiin (2006–2012).

4.5.1 Osatyökykyiset TE-palveluissa

Vuonna 2014 osatyökykyisiä työnhakijoita oli kaikkiaan 86 992 eri henkilöä. Heistä työttömänä oli asiakkaaksi ensi kertaa kirjautuessaan 46 282 henkilöä eli reilu puolet (53 %)⁷.

Vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden (ent. vajaakuntoisten) osuus työttömistä työnhakijoista on pysynyt miltei samalla tasolla vuosina 2006–2014 (taulukko 5). Keskimäärin noin 15 prosentilla työttömistä työnhakijoista on jokin todettu vamma tai pitkäaikaissairaus, joka vaikuttaa heidän työllistymiseensä. Vuonna 2014 kuukauden lopussa oli keskimäärin noin 41 000 osatyökykyistä työtöntä työnhakijaa, mikä oli 13 prosenttia kaikista työttömistä työnhakijoista.

⁷ TEM:stä saatu aineisto 27.5.2015

Taulukko 5. Työttömät työnhakijat kk:n lopussa sekä vammaiset ja pitkäaikaissairaat työttömät kk:n lopussa keskimäärin vuosina 2006, 2008, 2010, 2012 ja 2014. (Työnvälitystilasto, poimittu 28.5.2015).

	Työttömät työnhakijat kk:n lopussa	Vammaiset ja pitkäaikaissairaat työttömät kk:n lopussa (%)
2006	247 890	36 443 (15 %)
2008	202 891	33 292 (16 %)
2010	264 813	38 520 (15 %)
2012	253 150	39 577 (16 %)
2014	325 653	41 771 (13 %)

Osatyökykyisillä työttömillä työnhakijoilla yleisimmin todetut sairaudet diagnooseittain ja ikäryhmittäin vuonna 2014 on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Osatyökykyiset työttömät työnhakijat vuonna 2014 diagnoosin, ikäluokan ja pitkäaikaistyöttömyyden mukaan. (TEM:stä saatu aineisto 27.5.2015).

Diagnoosiluokka	Työttömät yhteensä	Alle 25-vuotiaat	25-39 -vuotiaat	40-49 -vuotiaat	Yli 50-vuotiaat	Pitkäaikaistyöttömiä
Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	23 823	292	3 671	5 994	13 866	10 884
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	17 579	1 592	6 917	4 154	4 916	6 717
Hermoston sairaudet	5 912	272	1 595	1 646	2 399	2 522
Hengityselinten sairaudet	5 799	106	1 220	1 852	2 621	2 299
Ihon ja ihonalaiskudosten sairaudet	3 863	76	976	1 252	1 559	1 400
Vammat ja myrkytykset	3 116	88	755	878	1 395	1 338
Verenkiertoelinten sairaudet	2 052	24	159	387	1 482	1 137
Muut sairaudet yhteensä	5 782	234	1 433	1 485	2 630	2 532
Yhteensä	67 926	2 684	16 726	17 648	30 868	28 829

Yleisimmät diagnoosit vuonna 2014 liittyivät tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (35 %) sekä mielenterveyden häiriöihin (26 %). Alle 40-vuotiailla yleisin diagnoosi liittyi mielenterveyden häiriöihin, tätä vanhemmilla tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Nuorimmassa ikäluokassa selvästi yli puolella (59 %) osatyökykyisistä oli mielenterveyden häiriön diagnoosi. Vanhimmassa ikäluokassa taas miltei puolella (45 %) osatyökykyisistä oli tuki- ja liikuntaelinsairaus. Pitkäaikaistyöttömiä oli miltei puolet (46 %) osatyökykyisistä, joilla oli tuki- ja liikuntaelinsairaus, ja yli kolmannes (38 %) niistä, joilla oli mielenterveyden häiriö. Kaikista osatyökykyisistä työttömistä työnhakijoista 42 prosenttia oli pitkäaikaistyöttömänä, kun vastaava osuus kaikilla työttömillä työnhakijoilla oli noin 28 prosenttia

vuonna 2014. Työttömyyden pitkittyminen näyttää siten keskimääräistä yleisemmältä osatyökykyisillä työttömillä.

4.5.2 Ammatillisen kuntoutuksen palvelut TE-toimistossa

TE-palveluiden sisällöt ja tilastointi muuttuivat lainsäädännön uudistuksen myötä vuoden 2013 alusta alkaen, joten palvelujen vertailu aiempaan on vaikeaa. Lisäksi esimerkiksi työkyvyn tutkimuksista ei ole saatavissa avointa dataa, vaan tiedot on pyydettävä erikseen. Ennen vuotta 2013 JTPL:n 6 luvun 13 §:n mukaan ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena oli edistää vajaakuntoisten ammatillista suunnittelua, kehittymistä, työllistymistä ja työssä pysymistä. Ammatillisena kuntoutuksena järjestettiin terveydentilaa, soveltuvuutta ja työkuntoa selvittäviä tutkimuksia, asiantuntijakonsultaatioita, työ- ja koulutuskokeiluja, tutustumiskäyntejä ammattioppilaitoksissa, työhönsijoittumiseen ja koulutukseen liittyvää neuvontaa ja ohjaamista, valmentavaa ja ammatillista työvoimakoulutusta sekä työhönvalmennusta. (TEM 2011, 18.)

Uudistuksen jälkeen TE-palveluissa ei ole enää erikseen ammatillisen kuntoutuksen palveluja. Kaikkia palveluja voidaan tarjota ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa. Työnantajalle maksettava työolosuhteiden järjestelytuki sekä pidempikestoinen korkeampi palkkatuki edellyttävät todistusta asiakkaan osatyökykyisyydestä. Muissa palveluissa henkilön ei tarvitse osoittaa osatyökykyisyyttään palvelua saadakseen.

Vuoteen 2012 saakka työnvälitystilastossa tilastoitiin ammatinvalinnanohjaus- ja kuntoutustoimenpiteet erikseen (taulukko 7). Luokka sisälsi työ- ja koulutuskokeilut, työhönvalmennuksen, terveydentilan tutkimukset ja kuntoutusselvitykset, asiantuntijakonsultaatiot, työolosuhteiden järjestelytuen, asiakasyhteistyöryhmäkäsittelyt sekä tutustumiskäynnit ammattioppilaitokseen.

Taulukko 7. Ammatinvalinnanohjaus- ja kuntoutustoimenpiteet (07) vuosina 2006, 2008, 2010, 2011 ja 2012. (Työnvälitystilasto, Toimiala Online, poimittu 28.5.2015).

Vuosi	Työttömät työnhakijat palveluissa kauden aikana	Alle 25-vuotiaat	25-34-vuotiaat	35-44-vuotiaat	45-54-vuotiaat	55-vuotiaat tai vanhemmat
2006	3 227	388	1044	550	696	549
2008	3 048	615	820	566	642	405
2010	4 098	1011	930	776	910	471
2011	3 735	965	882	668	802	418
2012	3 539	982	825	639	701	392

Vuosina 2006–2012 ammatinvalinnanohjaus- ja kuntoutustoimenpiteissä oli vuosittain noin 3 000 - 4 000 työtöntä työnhakijaa. Asiakaskunnassa painottuivat nuoret alle 35-vuotiaat. Vuodesta 2013 alkaen luokkaan Arvioinnit ja kokeilut (03) ovat sisältyneet mm. osaamis- ja ammattitaitokartoitukset, työkyvyn arvioinnit, yrittäjävalmiuksien ja yritystoiminnan edellytysten arviointi, muut asiantuntija-arviot, työ- ja koulutuskokeilut sekä työnhaku-, ura- ja työhönvalmennukset (taulukko 8).

Taulukko 8. Arvioinnit ja kokeilut (03) 2013 ja 2014. (Työnvälitystilasto, Toimiala Online, poimittu 29.5.2015).

Vuosi	Työttömät työnhakijat palveluissa kauden aikana	Alle 25-vuotiaat	25-34-vuotiaat	35-44-vuotiaat	45-54-vuotiaat	55-vuotiaat tai vanhemmat
2013	47 866	15 795	12 743	8 876	7 803	2 649
2014	75 938	23 940	20 785	14 485	12 592	4 136

Arviointien ja kokeilujen asiakasmäärät ovat huomattavasti suuremmat kuin ammatinvalinta- ja kuntoutustoimenpiteissä oli aiemmin. Muutos johtunee mm. siitä, että luokkaan sisältyvät nyt

työnhaku- ja uravalmennukset. Esimerkiksi vuoden 2014 tammi-joulukuussa työnhakuvalmennukseen osallistui reilu 21 500 työtöntä työnhakijaa ja uravalmennukseen noin 13 500, yhteensä siis yli 35 000 henkilöä. Myös työkokeilujen määrä on kasvanut palvelu-uudistuksen myötä (ks. edellä). Palveluissa olleista yli kolmannes oli alle 25-vuotiaita ja liki kolmannes 25–34-vuotiaita.

Työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyviä palveluita olivat ennen lakiuudistusta terveydentilan ja työkyvyn tutkimus, kuntoutustutkimus ja asiantuntijakonsultaatio. Nykyisin työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyvät palvelut ovat nimeltään työkyvyn tutkimus ja arviointi ja työkyvyn konsultaatio. Lisäksi TE-palveluissa on muu asiantuntija-arvio, jolla tarkoitetaan asiakkaan osaamisen, ammattitaidon, soveltuvuuden sekä työ- ja yritystoiminta- ja koulutusvaihtoehtojen selvittämiseksi hankittuja asiantuntija-arvioita. Vuonna 2014 muu asiantuntija-arvio tehtiin yhteensä 976 kertaa⁸. Osaamis- ja ammattitaitokartoituksia tehtiin vuonna 2014 yhteensä 437 kertaa⁹. Kartoituksia voidaan hankkia tilanteissa, joissa on tarpeen selvittää yksittäisen asiakkaan osaaminen, erityisosaaminen tai osaamisen puutteet.

Seuraavassa taulukossa 9 vertaillaan työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyviä palveluja vuosina 2008, 2012 ja 2014. Vuoteen 2012 asti ko. palveluihin voitiin osallistua joko osana ammatinvalinnanohjausta (AVO) tai vajaakuntoisille asiakkaille suunnattuna ammatillisena kuntoutuksena (työnvälitys). On todennäköistä, että osalla palveluun ammatinvalinnanohjauksena osallistuneista oli myös vajaakuntoisuutta. Heidän osuuttaan ei kuitenkaan pystytty arvioimaan. Palvelu-uudistuksen jälkeen annettujen ohjeiden mukaan työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin tarkoitettuja palveluja ei saa käyttää asiakkaan sairauden diagnostisoimiseksi tai hoidon tai lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseksi (TEM 31.12.2014, 16–17).

⁸ TEM:stä saatu aineisto 27.5.2015.

⁹ TEM:stä saatu aineisto 27.5.2015.

Taulukko 9. Työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyvät TE-palvelut 2008, 2012 ja 2014.

	2008 ¹⁰ kaikki toimenpiteet	2008 toimenpiteet ammattillisena kuntoutuksena	2012 kaikki toimenpiteet	2012 toimenpiteet ammattillisena kuntoutuksena	2014 ¹¹ kaikki palvelut	2014 osatyö- -kykyiset
Terveystilan ja työkunnon tutkimus	6 552	5 362	3 323	2 562		
Kuntoutustutkimus	785	622	209	165		
Asiantuntijakonsultaatio	2 280	1 452	1 636	1 049		
Työkyvyn tutkimus ja arviointi					2 321	1 290
Työkyvyn konsultaatio					441	166
yhteensä	9 617	7 436	5 168	3 776	2 762	1 456

Suuntaa-antavassa vertailussa nähdään, että työkyvyn tutkimukseen ja arviointiin liittyvien toimenpiteiden ja palvelujen määrä on laskenut vuodesta 2008 vuoteen 2014: liki 10 000 toimenpiteestä vajaaseen 3 000. Laskua näyttäisi tapahtuneen myös osatyökykyisten osalta: vuonna 2008 toimenpiteistä vähintään noin 77 prosenttia ja vuonna 2012 noin 73 prosenttia kohdistui osatyökykyisiin. Vuonna 2014 palveluissa oli vuoden aikana noin 1 400 osatyökykyistä, mikä on noin puolet toteutuneiden palveluiden määrästä. Luvut eivät ole suoraan verrannollisia, sillä sama henkilö saattaa osallistua toimenpiteeseen useamman kerran. Vuosina 2008 ja 2012 osatyökykyisten osuus toimenpiteissä vaihteli hieman toimenpiteen mukaan. Terveystilan ja työkyvyn tutki-

¹⁰ Vuodet 2008 ja 2012: TEM:stä saatu aineisto 29.5.2015

¹¹ Vuosi 2014: TEM:stä saadut aineistot 27.5.2015 ja 29.5.2015. Kaikki palvelut = ostetut/hankitut palvelut vuonna 2014, osatyökykyiset = vammaiset ja pitkäaikaissairaat palveluissa kauden tammi-joulukuu 2014 aikana.

muksissa sekä kuntoutustutkimuksissa selvä enemmistö toimenpiteistä (77–82 %) toteutui ammatillisena kuntoutuksena eli kohdistui vain vajaakuntoisiin. Asiantuntijakonsultaatioissa ammatillisen kuntoutuksen osuus oli jonkin verran pienempi (64 %). Vuoden 2014 tarkastelun osalta näyttää siltä, ettei läheskään kaikilla työkyvyn arviointiin osallistuneilla asiakkailla ole todettua vammaa tai sairautta tietojärjestelmässä. Sama asiakas on tietysti voinut osallistua palveluun useamman kerran vuoden aikana, mutta tämä tuskin selittää eroa kokonaan. Palvelua ovat siten saaneet myös ne asiakkaat, joilla ei ole (vielä) todettua osatyökykyisyyttä.

TE-palvelujen ammatillisen kuntoutuksen palvelujen erillisyyden poistamisen takana on ollut ajatus siitä, ettei vamman tai sairauden tulisi olla edellytyksenä sille, että asiakas saa tarvitsemaansa TE-palvelua. Olennaista on asiakkaan palvelutarve. Yhdenvertaisuus koetaan tärkeäksi periaatteeksi (ks. myös Kuusinen 2011, 280). Palvelu-uudistuksen arvioinnin näkökulmasta olisi tärkeää pystyä seuraamaan myös sitä, saavatko vammaiset ja pitkäaikaissairaat tarvitsemiaan palveluja nyt kun kaikilla työnhakijoilla on mahdollisuus saada samoja palveluja. Vaarana voidaan nähdä vammattomien ja terveiden pääsy palveluihin ensisijaisesti, koska heidän työllistymisensä voi olla todennäköisempää ja nopeampaa kuin vammaisten tai pitkäaikaissairaiden. Tosiasiallisen yhdenvertaisen kohtelun tavoite edellyttää toimenpiteiden kohdistamista siten, että eroavuudet otetaan palvelujen kohdentamisessa huomioon (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 52).

Taulukossa 10 on tarkasteltu työ- ja koulutuskokeilun sekä työhönvalmennuksen kaikkia sekä erikseen osatyökykyisille (ent. vajaakuntoisten) ammatillisena kuntoutuksensa annettuja toimenpiteitä vuosina 2008 ja 2012. Vuoteen 2012 asti ko. toimenpiteisiin osallistuttiin joko osana ammatinvalinnanohjausta (AVO) tai vajaakuntoisille asiakkaille suunnattuna ammatillisena kuntoutuksena (työnvälitys). Näin ollen kaikki, jotka osallistuivat palveluun työnvälityksenä, olivat osatyökykyisiä. On todennäköistä, että osalla palveluun ammatinvalinnanohjauksena osallistuneista oli myös vajaakuntoisuutta. Heidän osuuttaan ei kuitenkaan pystytä arvioimaan.

Taulukko 10. Työ- ja koulutuskokeilu sekä työhönvalmennus vuosina 2008 ja 2012 kaikkien toimenpiteiden ja ammatillisena kuntoutuksena toteutuneiden toimenpiteiden mukaan.¹²

	2008 kaikki toimenpiteet	2008 toimenpiteet ammatillisena kuntou- tuksena	2012 kaikki toimenpiteet	2012 toimenpiteet ammatillisena kuntou- tuksena
Työkokeilu	10 499	5 333	8 169	4 063
Yhdistetty työ- ja koulu- tuskokeilu	37	5	103	3
Koulutuskokeilu	346	42	325	41
Työhönvalmennus	1 730	1 452	2 258	2 049
yhteensä	12 612	6 832	10 855	6 156

Taulukosta nähdään, että vuosina 2008 ja 2012 työkokeilutoimenpiteistä puolet toteutui ammatillisena kuntoutuksena eli kohdistui vain vajaakuntoisiin. Koulutuskokeilun osalta vain reilu 10 prosenttia toteutui ammatillisena kuntoutuksena. Työhönvalmennuksessa yli 80 prosenttia toimenpiteistä kohdistui vain vajaakuntoisiin.

Seuraavaksi vertaillaan tilannetta vuoteen 2014 (taulukko 11). Vertailu on karkeaa ja suuntaa-antavaa, koska toimenpiteiden sisällöt ovat muuttuneet. Ennen uudistusta työkokeilu saatettiin tehdä joko työlinikalla tai työpaikalla, uudistuksen jälkeen joko työpaikalla tai työpajassa. Yhdistetystä työ- ja koulutuskokeilusta sekä työhönvalmennuksesta luovuttiin palvelu-uudistuksen myötä. Työkokeilu-nimikkeeseen alle yhdistettiin ajatuksellisesti aiempi työharjoittelu, työhönvalmennus ja työkokeilu uudeksi palvelumuodoksi¹³.

¹² TEM:stä saatu aineisto 29.5.2015. Kaikki = AVO ja työnvälitys, ammatillisena kuntoutuksena = työnvälitys.

¹³ TE-palvelut uutinen 11.10.2012: Julkiset työvoima- ja yrityspalvelut uudistuvat ensi vuoden alusta. www.te-palvelut.fi (poimittu 29.5.2015)

Vuonna 2014 työkokeiluja alkoi kaikkiaan 42 989 ja koulutuskokeiluja 117.

Seuraavassa taulukossa 11 on palveluissa tammi-joulukuussa 2014 olleiden työttömien työnhakijoiden sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lukumäärät.

Taulukko 11. Työ- ja koulutuskokeilut vuonna 2014 työttömillä työnhakijoilla sekä vammaisilla ja pitkäaikaissairailla (palveluissa kauden aikana).

2014	Työttömät työnhakijat ¹⁴	Vammaiset ja pitkäaikaissairaat ¹⁵
Työkokeilu työpaikalla	22 900	5 377
Työkokeilu työpajassa	643	152
Koulutuskokeilu	180	69
yhteensä	23 723	5 598

Työkokeilujen määrä näyttää kasvaneen erittäin paljon: vuonna 2012 työkokeiluna ja työhönvalmennuksena toteutettiin lähes 11 000 toimenpidettä, vuonna 2014 alkoi yli 42 000 työkokeilua. Taulukoista nähdään, että osatyökykyisten osuus työkokeilussa näyttää laskeneen. Vuonna 2014 noin joka neljäs (23 %) työkokeiluun osallistuneista oli osatyökykyinen. Vuonna 2012 työkokeilutoimenpiteistä vähintään puolet kohdistui vajaakuntoisiin ja työhönvalmennus miltei kokonaan. Palvelua näytettäisiin siten kohdistetun entistä enemmän niille työnhakijoille, joilla ei ole vammaa tai pitkäaikaissairautta. Koulutuskokeilujen osalta kehityssuunta näyttäisi päinvastaiselta: kokeilujen määrä, joka on alun perinkin ollut vähäinen työkokeiluihin verrattuna, on laskenut, mutta osatyökykyisten osuus näyttäisi kasvaneen. Vertailu herättää pohtimaan sitä, onko osatyökykyisiä

¹⁴ Työ- ja koulutuskokeilu ikäryhmän, ammattiryhmän ja ed. työllisyyden mukaan, Työnvälitystilasto, Toimiala Online, poimittu 28.5.2015.

¹⁵ TEM:stä saatu aineisto 27.5.2015.

mahdollisesti ohjattu joihinkin muihin palveluihin aiempaa enemmän, vai onko uudistus merkinnyt osatyökykyisille suunnattujen palvelujen heikentymistä TE-toimistoissa? Tätä olisi tärkeä selvittää tutkimuksen avulla.

4.6 Johtopäätökset työttömien ammatillisen kuntoutuksen tilanteesta

Selvitys toteutettiin kokoamalla aiempaa tutkimus- ja selvitystietoa, haastattelemalla ammatillisen kuntoutuksen asiantuntijoita TE-hallinnossa ja Kelassa sekä kokoamalla TE-palveluja koskevaa tilastotietoa. Haastatteluaineisto on hyvin pieni ja tulosten yleistämiseen on suhtauduttava varauksellisesti. Haastatteluissa tuotiin kuitenkin usein esille samansuuntaisia näkemyksiä ja kokemuksia, jotka ovat myös paljon yhteneväisiä tuoreen laajemman haastattelututkimuksen kanssa (ks. Liukko & Kuuva 2015).

Selvityksen tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät tai estävät työttömien ammatillisen kuntoutuksen ja siihen liittyvän lääkinnällisen tai sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista. Kysymys on erittäin laaja eikä siihen pystytä kattavasti vastaamaan tämän selvitystyön puitteissa. Aineiston perusteella voidaan kuitenkin nostaa esille seuraavia käytännön työssä ilmeneviä työttömien ammatillista kuntoutusta estäviä tekijöitä:

Perusterveydenhuollon heikot resurssit, työttömien työ- ja toimintakyvyn tukemista ja kuntoutusta koskeva osaamisen puute ja kiinnostuksen vähyys.

Perusterveydenhuoltoon liittyvät kysymykset nousivat esille selkeänä esteenä työttömien ohjautumiselle ammatilliseen kuntoutukseen. Lääkärille pääsy ja hoitosuhteiden syntyminen on hankalaa, vaikka tämä on edellytyksenä kuntoutukseen hakeutumiseen. Myös ammattitaidossa työkyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen suhteen nähtiin paljon puutteita. Verkostomainen ja työkykyongelmia laaja-alaisesti katsova lähestymistapa nähtiin vieraaksi perusterveydenhuollossa.

Työttömän työkyvyn arvioinnin vaikeus puuttuvan työn, osaamisvajeiden ja vastuunjaon epäselvyyden vuoksi.

Erilaisista ohjeistuksista ja suosituksista huolimatta työkyvyn arvioinnin käytännön toteutus ja vastuunjako näyttäytyivät pulmallisena. Työkyvyn arviointeja tehdään usein yleislääkärin toimesta perusterveydenhuollossa, mutta arvioiden ei koeta vastaavan tarvetta. Haastattelujen kautta herää myös kysymys siitä, onko tarve itse asiassa työkyvyn arvioinnille vai koskisiko tarve toimintakyvyn laaja-alaista arviointia, etenkin pidempään työttömänä olleiden kohdalla (ks. Kerätär ym. 2014). Usein kysymyksenä näyttäisi olevan se, onko henkilöllä ylipäättänsä edellytyksiä sijoittua työmarkkinoille tai koulutukseen. Tällöin tarvitaan monialaista arviointia eri tahojen yhteistyönä.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen lääketieteellisten kriteerien painotus ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin työllistymispainotteisuus.

Kelan kuntoutustoimenpiteiden toteutustavat ja sisällöt eivät vastaa etenkään pidempään työttömänä olleiden tarpeisiin. Asiantuntijoiden haastattelujen perusteella Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerien lievennys ei ole näkynyt vielä käytännössä ainakaan pidempään työttömänä olleiden kohdalla. Terveydelliset kriteerit ovat edelleen ensisijaisia ja sosiaalisten tekijöiden painoarvo on heikko tai epäselvä. Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden arvio voi viimeistään kääntää harkinnan kielteiseksi. Kelan nykyiset kuntoutuksen toteutustavat, kuten kokopäiväinen osallistuminen viisi päivää viikossa tai kurssien toteuttaminen toisella paikkakunnalla, eivät myöskään usein sovellu etenkään pitkään työttömänä olleille.

Työeläkekuntoutuksen ja TE-palvelujen vaihtoehtoisuus asiakkaalle.

Työeläkekuntoutus näyttää olevan vähäisemmässä roolissa työttömien kohdalla. Osa haastatteluista asiantuntijoista tosin koki, että yllättäväkin monella työttömällä olisi vielä oikeus työeläkekuntoutukseen, jos se vain osattaisiin tunnistaa ja kuntoutusta haettaisiin (ks. myös Liukko & Kuuva 2015). Yhteistyössä ja työnjaossa TE-palveluiden ja työeläkelaitosten välillä on vielä kehitettävää. Palvelujen yhteensovittamisen näkökulmasta TE-palvelujen ja työeläkekuntoutuksen jyrkkä vaihtoehtoisuus näyttäytyy epätarkoituksenmukaisena. Tarvetta olisi siten yhteen sovittaa TE-palveluja ja työeläkekuntoutusta asiakkaan kannalta toimivien palveluketjujen luomiseksi.

TE-palvelujen heikot resurssit, palvelujen organisoinnin epäselvyys sekä osaamisen hajaantuminen ja heikkous.

Tätä tematiikkaa käsitellään tarkemmin toisen selvityskysymyksen kohdalla.

Kuntoutus nousee esille asiakastyössä liian myöhään.

Haastatteluissa nousi toistuvasti esiin ajatus siitä, että ammatilliseen kuntoutukseen tulisi päästä nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Tämä on todettu myös lukuisissa tutkimuksissa. Tällä hetkellä TE-palvelut näyttävät olevan ensisijaisesti kohdistettu niille, joilla ei ole vakavia terveysongelmia. Myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen kohdalla nostettiin toistuvasti esille, että asiakkaan täytyy olla aika hyvässä kunnossa kuntoutukseen päästäkseen ja siihen osallistuakseen. Tämän perusteella tulisikin miettiä, miten terveysongelmia ja muita kuntoutustarpeita voitaisiin tunnistaa nykyistä varhaisemmassa vaiheessa eri tahoilla. Samalla pohdittavaksi tulee kysymys siitä, tulisiko palveluja kehittää myös nykyisiä kuntoutustarpeissa olevia asiakkaita ajatellen, eli tulisiko tarjolla olla myös sellaisia ammatillisen kuntoutuksen palveluja, jotka soveltuisivat heikompikuntoisille asiakkaille?

Koordinaatio, koordinoiva taho puuttuu.

Työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveystalvelun yhteistyötä ja vastuunjakoa linjanneen työ- ja elinkeinoministeriön asettaman työryhmän mukaan TE-toimistolla tulee olla ensisijainen vastuu prosessista, jossa työttömän työnhakijan työkyky arvioidaan ja päätetään työmarkkinoille kuntouttavista palveluista (TEM 2011, 26). Käytännössä koordinaation koetaan tällä hetkellä puuttuvan. Tarvetta on myös palveluohjaukselliselle työlle, joka toteutuu koko kuntoutusprosessin ajan.

Asiakkaiden motivaatio kuntoutukseen on heikko ja heikkenee työttömyyden pitkittyessä.

Haastatteluissa asiantuntijat nostivat motivaation puutteen suurimmaksi estäväksi tekijäksi työttömien kuntoutukseen hakeutumiseen. Työttömyyden pitkittyessä eläkehakuisuus usein lisääntyy eikä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia enää nähdä. Näin ollen olisi tärkeää, että ammatillisen kuntoutuksen näkökulmaa ja ohjausta olisi vahvemmin tarjolla TE-toimistossa jo varhaisessa vaiheessa. Tätä voi tukea osaltaan TE-toimistoissa meillä oleva kuntoutuksen Sapluuna-koulutus, joka on suunnattu kaikille työntekijöille. Myös muilla tahoilla tulisi ottaa ammatillinen kuntoutus esille nykyistä varhaisemmassa vaiheessa.

Motivaation kannalta on tärkeä huomioida, että motivaatioon vaikuttavat myös lukuisat ulkoiset tekijät sekä se, millaisia tavoitteita ihmiset kokevat mahdollisiksi saavuttaa ja millaisista syistä aikaisemmat tavoitteet ovat jääneet saavuttamatta (ks. Härkäpää & Järviöski 2012). Näin ollen työntekijöiden työotteella sekä oikea-aikaisilla ja sopivilla palveluilla voidaan myös vaikuttaa henkilön motivaatioon.

Asiakkaiden terveysongelmien vakavuus, ongelmien moniulotteisuus (terveydellinen, sosiaalinen, ammatillinen).

Etenkin työttömyyden pitkittyessä yksilön ongelmat voivat kasaantua. Tällöin tarvitaan eri tahojen palvelujen joustavaa yhteensovittamista. Tarvetta näyttäisi olevan erityisesti sosi-

aallisen ja ammatillisen kuntoutuksen sujuvaan yhteensovittamiseen. Kuntoutuksen käynnistymistä, etenkin nuorten kohdalla, edesauttaisi se, että kuntoutukseen pääsyn perusteeksi riittäisi todettu kuntoutustarve. Tällöin sairaus, vika tai vamma ei olisi määrittävä tekijä, vaan yksilön kokonaistilanne ja todettu kuntoutustarve. (ks. myös Kerätär 2016.)

Työttömien ammatillista kuntoutusta edistävinä tekijöinä nousi esille seuraavia asioita:

Työttömien terveystarkastukset, silloin kun ne liittyvät laajempaan kokonaisuuteen perusterveydenhuollossa.

Työttömien terveystarkastustoiminnan kehittyminen nähtiin myönteisenä, joskin tilanne vaihtelee suuresti paikkakunnittain. Hyvät toimintakäytännöt syntyvät perusterveydenhuollon sitoutumisesta toimintaan sekä toimivien ohjaus- ja yhteistyörakenteiden luomisesta terveydenhuollon ja TE-palvelujen välille.

Kunnat ovat ottaneet koppia työttömien työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa: työttömien terveystarkastukset, työkyvyn arvioinnit ja selvittelyjaksot.

Joissakin kunnissa on perustettu erillisiä työkyvyn arvioinnin tai eläkeselvittelyn yksiköitä. Työttömien kuntoutumisen ja työllistymisen näkökulmasta pulmallista voi olla se, että kuntien intresseissä voi olla taloudellisista tekijöistä, kuten työmarkkinatuen maksuosuudesta, johtuen kohdistaa työkyvyn arviointia erityisesti pidempään työttömänä olleille. Tällöin näkökulmana ovat usein asiakkaan sairaudet ja vajavuudet sosiaalivakuutuksen näkökulmasta ja toiminta painottuu eläkeselvittelyyn. Kunnissa on kehitteillä myös laaja-alaisempaa monialaista arviointikäytäntöä, jossa pyritään saamaan kattava kuva asiakkaan toimintakyvystä ja työhön kuntoutumista edistävästä palveluista. Kehitystyö tapahtuu usein hankeuonteisesti.

Kela on entistä vahvemmin mukana työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa.

Asiantuntijoiden haastattelujen perusteella Kela toimii entistä aktiivisemmin työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa. Kelan palveluihin pääsyn koettiin helpottuneen ja Kelasta saa aiempaa paremmin tietoa ammatillisen kuntoutuksen palveluista. Ammatilliset kuntoutuskurssit nostettiin esille useissa TE-asiantuntijoiden haastatteluissa hyvänä toimenpiteenä. Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerien muutosta pidettiin myös yleisesti hyvänä asiana. Kelan työkykyneuvojen tarjoama ohjaus ja neuvonta nähdään hyvin tarpeellisinä, mutta monimutkaisemmissa tilanteissa ja silloin kuin asiakkaan omat toimintavalmiudet ovat heikot, tarvitaan syvällisempää, paneutuvampaa ja pitkäkestoisempaa tukea.

Kelan ja TE-toimistojen yhteistyö on parantunut ja tiivistynyt.

TEM ja Kela ovat tehneet yhteisen ohjeistuksen TE-toimistoille ja Kelan virkailijoille. Yhteistyön nähdään tiivistyvän myös työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun kautta.

Sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen kunnissa

Haastatteluissa nousi esille odotuksia siitä, että uuden sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalinen kuntoutus olisi tuomassa palveluvalikoimaan jotain uutta, tavoitteellista palvelua esimerkiksi nykyiseen kuntouttavaan työtoimintaan verrattuna. Sosiaalinen kuntoutus ei voi vastata suoraan esimerkiksi pitkään työttömänä olleiden ammatillisen kuntoutuksen tarpeisiin. Sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen prosessien yhteensovittaminen esimerkiksi yhteisen kuntoutussuunnitelman kautta olisi tärkeää, jotta myös heikommassa asemassa oleville työttömille saadaan rakennettua työllistymispolkua.

Toimiva yhteistyö eri tahojen välillä, kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät.

Jatkossa työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu (TYP) luo yhden yhteistyörakenteen.

Haastattelujen perusteella paikalliset kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät ovat useilla paikkakunnilla toimivia yhteistyöfoorumeita, joiden työn jatkuvuutta tulisi pyrkiä uusissa yhteistyörakenteissa ylläpitämään. Kuntoutuksen näkökulmaa tulisi vahvistaa SOTE-valmistelussa ja ottaa mukaan myös työllisyyden edistämisen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulmaa.

TYP-toiminnan lakisääteistämistä pidettiin haastatteluissa yleisesti hyvänä asiana, mutta toiminnan käytännön organisointi on vielä monella tavoin avoinna. Uusien asiakaskriteerien myötä monialaisen palvelun tarpeessa olevia työttömiä työnhakijoita tullaan ohjaamaan TYP-toimintaan entistä varhaisemmassa vaiheessa, mikä oletettavasti lisää myös ammatillisen kuntoutuksen palvelujen kysyntää ja tarvetta.

Työnjako eri tahojen välillä on periaatteessa selkeä.

TE-palveluiden näkökulmasta työnjako eri tahojen välillä näyttäytyi periaatteessa selkeänä. Kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat ohjataan aina ensisijaisesti ammatillisesta kuntoutuksesta vastuussa oleville tahoille eli työeläkelaitoksiin, tapaturmavakuuttajille tai Kelaan. Tämän jälkeen voidaan harkita TE-palveluissa ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa tarjottavaa palvelua, joka on harkinnanvaraista ja määrärahasidonnaista.

Käytännössä epäselvyyksiä vastuunjaosta on nähtävissä erityisesti työeläkekuntoutuksen ja TE-palvelujen välillä. Haastattelujen kautta jäi myös aika epäselväksi se, mitä palveluja TE-toimistossa voidaan tarjota, mikäli asiakas ei tule hyväksytyksi työeläkelaitoksen tai Kelan kuntoutukseen. Näytti siltä, että asiakas ohjataan tällöin usein kunnan palveluiden, ts. sosiaalisen kuntoutuksen, piiriin.

Toisena selvitystehtävänä oli muodostaa näkemys siitä, miten TE-palvelut pystyvät tällä hetkellä vastaamaan ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin.

Aineiston pohjalta herää huoli siitä, etteivät TE-palvelut kykene tällä hetkellä vastaamaan työttömien ammatillisen kuntoutuksen palvelutarpeisiin riittävällä tavalla. TE-palveluissa on nähtävissä ristiriitaisia trendejä suhteessa osatyökykyisyyteen. Palvelun saannin kriteerejä on väljennetty siten, että myös esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeellä oleva voi olla TE-palvelujen piirissä. Haastattelussa tuotiin kuitenkin esille, että TE-toimistoissa saattaa olla hyvin kova linja terveysongelmaisia ihmisiä kohtaan ja näkemys siitä, että terveysongelmat tulisi hoitaa ennen TE-palveluihin osallistumista. Asiakkailta myös vaaditaan entistä tiukemmin, että heidän tulee esittää lääkärintodistus mahdollisesta vammasta tai sairaudesta, ettei heidän työnhakuaan katkaista. Toisaalta, koska erillisiä ammatillisen kuntoutuksen palveluja ei enää ole, ei mahdollisella vammalla tai sairaudella ole suoraan merkitystä siihen, mitä TE-palveluja asiakas voi saada. Vain työnantajalle kohdistuvia tukia varten (työolosuhteiden järjestelytuki, pidempi palkkatuki) tarvitaan lausunto osatyökykyisyydestä.

Näyttää myös siltä, että terveydellisistä ja/tai psykososiaalisista ongelmista kärsivät ihmiset ohjataan miltei säännönmukaisesti 3. linjan asiakkaiksi eli asiakkaiksi, joiden palvelu edellyttää monialaista yhteistyötä. Näin 3. linjalle ohjautuu myös niitä asiakkaita, joilla terveydellisistä ongelmista huolimatta ei ole muita työllistymistä estäviä tekijöitä kuin osaamiseen liittyvät kysymykset. Vaikka TE-toimistojen ammatillisen kuntoutuksen asiantuntemus on myös keskittynyt pääasiallisesti 3. linjalle ja työvoiman palvelukeskuksiin, ei tämä näyttäisi välttämättä edistävän ammatillisen kuntoutuksen toteutumista. Tätä voi osin selittää se, että 3. linjan asiakkaiden kohdalla pääasiallinen vastuu nähdään usein olevan kunnilla: esimerkiksi yksi haastatelluista asiantuntijoista kuvasi TE-palvelujen linjoja seuraavasti: 1. linja = työnvälitys, 2. linja = varsinaiset TE-palvelut ja 3. linja = sosiaalinen kuntoutus eli kunnan palvelut. Ohjausprosessien kautta voi siten syntyä kierre, jossa terveysongelmainen työtön ohjautuu käytännössä TE-palvelujen ulkopuolelle. Myös tilastotiedot näyttäisivät viittaavan siihen suuntaan, että osatyökykyisten osuus TE-palveluissa on mahdollisesti laskenut palvelu-uudistuksen jälkeen. Tämän selvittäminen edellyttää kuitenkin erillistä tutkimusta.

TE-palvelujen uudistuksen myötä nähdään, että asiakkaiden palveluprosessit ovat jopa entisestään monimutkaistuneet ja portaat lisääntyneet. Vaaditaan monta kontaktia monen eri ihmisen kanssa ennen kuin kuntoutusasioita lähdetään selvittämään. Koska nopean työllistymisen tavoite on nostettu ensisijaiseksi tavoitteeksi, on työntekijöiden joukossa myös epäselvyyttä siitä, missä määrin työaika voi käyttää esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen prosessien hoitamiseen tai muuhun tämäntyyppiseen työhön, joka ei suoraan tähtää välittömään työllistymiseen. Tämä voi myös saada työntekijät välttelemään aikaa vievää työtä, jonka tuloksellisuudesta ei ole takeita. Suurin syy siihen, ettei paneutuvaa työtä tehdä riittävässä määrin, ovat liian pienet henkilöstöressurit. Yhdellä haastatelluista työntekijöistä oli kertomansa mukaan 600 asiakasta vastuullaan.

Ammatillisen kuntoutuksen asema työvoimahallinnossa on jo pitkään ollut vaikeasti hahmotettavissa. Ammatillisen kuntoutuksen sijaan on 2000-luvulla usein puhuttu esimerkiksi ammatillisen kehittymisen palveluista tai vajaakuntoisten palveluista (ks. esim. Työministeriö 2007; Kuusinen 2011). Uuden lainsäädännön myötä voidaan nähdä tilanteen jopa selkiytyneen: julkisessa työvoima- ja yrityspalvelussa ei ole ammatillista kuntoutusta. TE-palveluissa asiakasta kuitenkin tuetaan ammatinvalinnassa, ammatillisessa kehittämisessä, työelämään sijoittumisessa ja elinikäisessä oppimisessa (HE 133/2012 vp). Käytännössä muutos on tarkoittanut ammatillisen kuntoutuksen palvelujen järjestämisvastuun keskittymistä Kelaan ja työeläkelaitoksille. Kela näyttää selvityksen pohjalta lähteneen mukaan tähän muutokseen, työeläkelaitosten osalta tilanne on epäselvempi. Myös TE-hallinnon sisällä näyttäisi olevan vielä erilaisia näkemyksiä tilanteesta. Kaiken kaikkiaan TE-asiantuntijoiden haastattelujen perusteella ammatillisen kuntoutuksen asema TE-palveluissa näyttää vielä epäselvältä.

4.7 Pohdintaa työttömien ammatillisesta kuntoutuksesta

Selvityksen esiin nostamat asiat ovat paljolti yhteneväisiä Eläketurvakeskuksen tutkimuksen kanssa, jossa tutkittiin eri toimijoiden yhteistyötä työkykyongelmien hallinnassa (ks. Liukko &

Kuuva 2015). Tutkimusten mukaan työttömien kohdalla työhön paluun tukikeinot näyttävät toimivan heikosti, ja selvästi heikommin kuin työsuhteessa olevilla (emt., myös esim. Gould ym. 2014; Määttä 2011; Rajavaara 2013).

Viime vuosina on tehty monia työurien pidentämiseen tähtääviä uudistuksia tehostamalla työhön paluun tukikeinoja. Uudistuksista suurin osa näyttäisi kohdistuneen työterveyshuollon piirissä oleviin työllisiin, heistäkin parhaiten niille, jotka työskentelevät pysyvissä työsuhteissa suuremmilla työnantajilla (ks. luku 5). Onkin todettu, ettei työkyvyn seurannan puuttumispisteitä tulisi kehittää yksinomaan työterveys-sairauspäivärahalähtöisesti, koska työkyvyn edistämisen ja työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisen ja tukemisen puuttumispisteitä tarvitaan myös työttömille ja epävakaa työtaustan omaaville (Gould ym. 2014).

Kerääntyneen tutkimustiedon pohjalta olisi syytä kehittää työttömien työkykyä ja työhön paluuta edistäviä toimintamalleja ja tukikeinoja. Joitakin linjauksia on jo aiemmin esitetty: SATA-komitean ehdotuksessa esitettiin, että TE-toimistolla olisi selvitysvastuu työttömien kuntoutustarpeiden selvittämisestä ja kuntoutuksesta vastuullinen toimija olisi selvitettävä kolmen viikon kuluessa kuntoutustarpeen havaitsemisesta, tunnistamisesta tai asiakkaan pyynnöstä päästä kuntoutukseen (STM 2009, 63). Ehdotuksen taustalla voidaan nähdä Kelan ja TE-hallinnon epäselvä työnjako ammatillisessa kuntoutuksessa, jonka osalta tilanne näyttäisi nyt Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerimuutosten jälkeen parantuneen. Työttömien työkyvyn arviointi ja terveystalvet -työryhmässä linjattiin eri toimijoiden kesken, että TE-toimistolla tulee olla ensisijainen vastuu prosessista, jossa työttömän työnhakijan työkyky arvioidaan ja päätetään työmarkkinoille kuntouttavista palveluista (TEM 2011, 26). TOIMIA-verkoston suosituksessa työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvästä arviointikäytännöstä on ehdotettu, että työttömän toiminta- ja työkyvyn arviointitarve tulisi tunnistaa viimeistään työttömyyden kestätyä yhtäjaksoisesti kolme kuukautta (TOIMIA 2012).

TE-toimisto näyttäytyy väistämättä keskeisenä toimijana työttömien työkyvyn ja työhön tukemisessa sekä ammatillisen kuntoutuksen käynnistymisessä (ks. myös European Commission 2013). Millään muulla taholla ei ole yhtä laajaa kontaktipintaa eikä samanlaista mahdollisuutta tavoittaa työttömiä työnhakijoita. Tärkeä tehtävä TE-palveluissa olisi ammatillisen kuntoutuksen tarpeessa

olevien työttömien varhaisessa tunnistamisessa ja ohjauksessa kuntouttavalle taholle. Palvelujen nykyinen organisointitapa, henkilökohtaisten asiakaskontaktien vähyys ja henkilöstöresurssien niukkuus eivät kuitenkaan näytä tällä hetkellä tukevan tällaista työtä.

Uuden lainsäädännön ja palvelu-uudistuksen myötä nopean työllistymisen tavoite on nostettu TE-palveluissa ensisijaiseksi. Tämän ei tulisi tarkoittaa sitä, että kauempana työllistymisestä olevat eivät enää kuulu TE-palvelujen vastuulle. Myös heidän kohdallaan tavoitellaan työllistymistä, vaikka prosessiin sisältyisi muitakin palveluja kuin TE-palveluja. Muilla tahoilla toteutuvat palvelu-, kuntoutus- ja hoitoprosessit tulisi linkittää nykyistä paremmin osaksi työllistymisen edistämistä eli osaksi julkisia TE-palveluja. TE-palvelujen tulisi ottaa ensisijainen vastuu prosessin koordinoinnista ja etenemisestä työttömien osalta ja olla mukana prosessissa niin kauan kuin tavoitteena on työllistyminen. Työkykykoordinaattori-toiminta voisi osaltaan tukea tätä tehtävää, vaikka toiminnan toteutumisesta ja vaikutuksista ei ole vielä tutkimustietoa (ks. STM 2013b). Hallitusohjelman mukaan toimintaa tullaan myös levittämään hallituksen kärkihankkeessa (Ratkaisujen Suomi 2015, 20). Ensiarvoisen tärkeää olisi se, että koordinaatiotehtävä ja -vastuu otettaisiin huomioon TE-palvelujen organisoinnissa, osaamisessa ja resursseissa.

Työttömien työkyvyn ja työhön paluun tuki ei voi olla yksinomaan TE-palvelujen tehtävä, myös muilta toimijoilta edellytetään nykyistä aktiivisempaa otetta. Sairauspäiväraha-kausien seurannan ja työkykyneuvonnan myötä Kelalla on jo rakenteita, joilla tavoittaa, ohjata ja neuvoa myös työttömiä. Näitä toimintakäytäntöjä olisi vielä syytä arvioida ja kehittää työttömien näkökulmasta, huomioiden muun muassa yksilöllisen ohjauksen ja tuen tarpeet. Työttömillä, työnantajan ja työterveyshuollon puuttuessa, Kelan rooli on keskeinen pitkittyvään työkyvyttömyyteen puuttumisessa. Tärkeää olisi myös saada TE-palveluiden ja Kelan ammatillisen kuntoutuksen prosessit saumattomiksi, toisiaan tukeviksi ja täydentäviksi. Tätä pyritään jo tukemaan muun muassa TEM:n ja Kelan yhteisellä ohjeistuksella. Kehittämistarvetta on myös työeläkekuntoutuksen ja TE-palvelujen yhteensovittamisessa. Työeläkekuntoutuksen mahdollisuuksia tulisi saattaa työttömien työnhakijoiden tietoon nykyistä tehokkaammin viimeistään työttömyyden alkaessa. Ennen työsuhteen päättymistä työterveyshuollossa tulisi arvioida mahdollisia työkykyvajeita ja käynnistää tarvittaessa

kuntoutussuunnittelu. Kaikkien tahojen tulisi katsoa millä keinoin kukin voisi omalta osaltaan edistää varhaista tiedon tarjoamista, ohjausta ja neuvontaa ammatillisesta kuntoutuksesta.

Perusterveydenhuollon rooli on erittäin tärkeä työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa. Tällä hetkellä se näyttäisi kuitenkin usein muodostavan pullonkaulan kuntoutusasioiden etenemiselle. Osaamis- ja resurssivajeiden lisäksi kyse näyttäisi olevan siitä, että työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointi edellyttää monialaista yhteistyötä ja tietojen vaihtoa. Työttömien terveystarkastuksiin on jo luotu useilla paikkakunnilla toimivia käytäntöjä perusterveydenhuollon ja TE-toimistojen välille, mutta yhteistyön syventämistä tarvitaan työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemiseksi. Perusterveydenhuollossa tulisi hahmottaa työikäisten toiminta- ja työkyvyn edistäminen yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi. Sote-uudistus tarjoaa hyvän mahdollisuuden tämän näkökulman eteenpäin viemiseksi, jos niin halutaan.

Sosiaalisen kuntoutuksen palvelujen kehittäminen ja lisääminen erityisesti nuorten kohdalla on yksi sosiaalihuoltoa koskevan lainsäädännön painopistealueista. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite tarjoaa kunnille mahdollisuuden kehittää erilaisia ja eri asiakasryhmille soveltuvia ryhmämuotoisia palveluja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. (STM 2015b, 34.) Työttömien työkyvyn ja työhön paluun edistämisen näkökulmasta sosiaalinen kuntoutus näyttäytyy usein ensimmäisenä askelmana; arjen toimintakykyisyyden tukemisena. Nähtävissä on myös, erityisesti nuorten ja pidempään työttömänä olleiden kohdalla, tarvetta yhdistää sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen elementtejä (esim. Saikku & Kokko 2012).

Haastatteluissa esiin nousi odotuksia siitä, että sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalinen kuntoutus olisi tuomassa palveluvalikoimaan jotain uutta, tavoitteellista palvelua esimerkiksi nykyiseen kuntouttavaan työtoimintaan verrattuna. Kysymys kuuluu, kuinka paljon kuntien sosiaaliselta kuntoutukselta voidaan odottaa tämäntyyppisiä palvelusisältöjä vai nähdäänkö tällaisen toiminnan olevan pikemmin osa ammatillista kuntoutusta, jolloin päävastuu olisi Kelalla, vai nähdäänkö tällainen palvelu sittenkin työllistymistä edistävänä palveluna (ts. aktivointina), jolloin vastuu määrittäisikin TE-palveluille? Sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen rajapinnassa on siten potentiaalia, paitsi palvelujen asiakaslähtöiselle yhdistämiselle, myös työn- ja vastuunjaon epäselvyyksille. Yhteinen

kuntoutussuunnitelma antaisi mahdollisuuden jo sosiaalista kuntoutusta käynnistettäessä miettiä polkua ammatillisen kuntoutuksen palveluihin. Sosiaalinen kuntoutus voisi siten olla yksi ammatillisten kuntoutustarpeiden tunnistamisvaihe työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemisen prosessissa. Tämä edellyttää sosiaalialan ammattilaisilta ammatillisen kuntoutuksen palvelujen tuntemusta ja monialaista yhteistyötä.

Eri toimijoiden välinen yhteistyö työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa on saanut lakisääteisen rakenteen työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP) käynnistyessä vuoden 2016 alusta. Uusi TYP-toiminta tuo sen valtakunnallisuuden, uusien asiakaskriteerien ja Kelan entistä selkeämmän sitoutumisen myötä hyvän mahdollisuuden tehostaa työttömien kuntoutustarpeiden tunnistamista, ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumista, ammatillisen kuntoutuksen ja muiden palveluiden yhteensovittamista sekä eri tahojen välistä yhteistyötä. TYP-verkosto ei voi kuitenkaan ottaa haltuunsa työttömien työkyvyn ja työhön paluun tukemista kaikkien työttömien osalta, sillä palveluun ohjataan vain osa työttömistä työnhakijoista. Tarvitaan myös muita paikallisia tai alueellisia yhteistyörakenteita ja -käytäntöjä. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät voivat edelleen tarjota toimivan pohjan tämän yhteistyön kehittämiseksi, ainakin joillain alueilla.

Työttömät työnhakijat ovat erittäin heterogeeninen joukko: joukossa on pitkän työuran tehneitä, korkeasti koulutettuja, pitkään työttömänä olleita, joilla voi olla vähäinen koulutus ja syrjäytymisen uhka sekä nuoria, joilla ei ole vielä edes kontaktipintaa työelämään. Näin ollen myös heidän palvelutarpeensa, kuntoutustarpeensa ja kuntoutuksen prosessinsa ovat erilaisia. Kuntoutusjärjestelmä näyttää kuitenkin toimivan pitkälti niin, että asiakkaan tulee sopia palveluihin, sen sijaan, että liikkeelle lähdettäisiin asiakkaan tarpeista ja siihen tarpeeseen vastaavien palvelujen kehittämisestä ja yhteensovittamisesta. Työttömien, etenkin pitkään työttömänä olleiden, kohdalla tämä näkyy hyvin: usein koetaan, etteivät he ole sopivia asiakkaita ammatillisen kuntoutuksen palveluihin, vaikka tulisi miettiä, miten ammatillisen kuntoutuksen palveluita voitaisiin tehdä heille sopiviksi.

5. TYÖLLISTEN AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Pirjo Juvonen-Posti ja Tiina Pensola

5.1. Osaselvityksen taustaa

Työkyky on moniulotteinen ja siihen vaikuttavat ja sitä ylläpitävät monet yksilöön, työhön, työorganisaatioon ja laajempaan yksilön toiminta- ja elinympäristöön sekä yhteiskuntaan liittyvät tekijät (Gould ym. 2006). Työhön liittyviä työkykyyn positiivisesti vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa nuori ikä, hyvä koulutus, hyvä terveys ja muut yksilön voimavaratekijät. Näiden lisäksi työkykyä ylläpitävät työn hyvä hallinta ja vähäinen kuormitus, hyvä esimiehen ja työtovereiden tuki sekä fyysisesti raskaiden työtehtävien tai työympäristössä haitallisiksi koettujen asioiden puuttuminen tai vähäisyys (Bethge ja Radoschewski 2010; Lindberg ym. 2006; McGonagle ym. 2015; van den Berg ym. 2009). Työkyvyn tasapainomallin mukaisesti työkyky on riittävä, jos työn hallinta, työhön tarvittava osaaminen ja voimavarat ovat tasapainossa työhön liittyvien vaatimusten kanssa (Gould ym. 2006). Työkykyisyys ja työkyvyttömyys ovat siis monitekijäisiä ja kompleksisia, mutta myös tilanne- ja toimintaympäristöön ja kulttuuriin sidonnaisia kokonaisuuksia. Lisäksi ne ovat prosessimaisesti muuttuvia.

Työkykyyn vaikuttaa yksilön ominaisuuksien lisäksi siis työ, sen tekemisen ympäristöt ja työprosessit. Nämä tekijät ovat olleet pitkäaikaisessa muutoksessa, mutta myös työn kysyntään ja tekemiseen liittyvien muutosten arvioidaan jatkuvan. Sosiaali- ja terveysministeriön Työelämä 2025 -tulevaisuuskatsauksessa (STM 2015c) tarkastellaan työelämää, millaisia töitä tulevaisuudessa tehdään ja keitä työntekijät ovat: työpaikkoja syntyy ja poistuu eri toimialoilla tiuhaan tahtiin ja ympäristön huomioon ottamista vaaditaan kaikessa työnteossa. Vuonna 2025 kaikilla toimialoilla verkosto-yhteistyö on tullut osaksi työpaikkojen ja yritysten arkipäivää. Tilauksesta tehtävät hanke- ja projektiluontoiset keikkatyöt ovat yleisiä. Niitä tehdään usein eri alojen verkostoyhteistyönä ja hyödyntäen sosiaalista mediaa. Työllisten määrä on kasvanut tasaisesti usean vuosikymmenen

ajan eri palvelualoilla vuoteen 2025 mennessä. Asiantuntijatehtävissä pitkälle kehittynyt teknologia on mahdollistanut työn tekemisen paikasta ja ajasta riippumatta. Osa organisaatioista on virtuaaliorganisaatioita ja osa on luopunut työajan seurannasta. (Emt.)

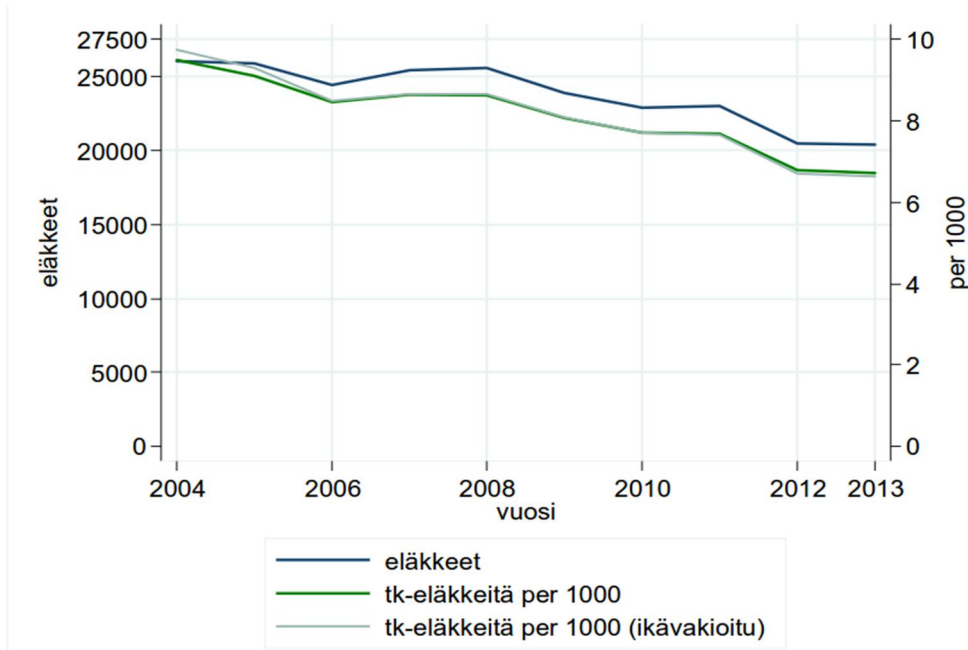
Tämänhetkiset ja tulevaisuuden muutokset työelämässä ja yhteiskuntarakenteessa ovat osin työkykyä tukevia, osin sitä haastavia. Koulutustason nousu ja asiantuntijatehtävien lisääntyminen luovat odotuksia työkyvyn rajoittumisen vähentymiseen. Täysin työkykyisiksi itsensä kokevien osuus onkin lisääntynyt erityisesti yli 54-vuotiailla työkäisillä vuodesta 2000 vuoteen 2011 (Gould ym. 2012b). Samaan suuntaan viittaa myös koetun kuntoutustarpeen väheneminen lähes kolmanneksella vuosikymmenen aikana (Pensola ym. 2012a). Väestötasolla työkyvyn rajoittumista ehkäisevän kuntoutuksen tarvetta lisää kuitenkin työikäisten ikääntyminen: 20–64-vuotiaiden työllisten keski-ikä on noussut yli vuodella 2000–2013 ja osatyökykyisten osuus kasvaa iän mukana (Gould ym. 2006; Gould ym. 2012b).

Suomessa vuonna 2013 lähes 237 000 työkäistä sai työkyvyttömyyseläkettä. Heistä noin 180 000 sai työeläkejärjestelmän mukaista työkyvyttömyyseläkettä. Valtaosa työeläkejärjestelmän myöntämistä eläkkeistä on edelleen täysiä eläkkeitä, vaikka osaeläkkeiden osuus on hieman lisääntynyt. Vuonna 2013 osatyökyvyttömyyseläkettä saavia oli vajaa 13 prosenttia. Työeläkejärjestelmän mukaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle jää joka vuosi yli 20 000 henkilöä. Uusista eläkkeistä lähes puolet on alkanut 55 vuotta täyttäneille; joka neljäs eläköitynyt oli alle 45-vuotias vuonna 2013. Työkyvyttömyyseläkealkavuus on vähentynyt erityisesti vakuutettujen määrään ja siinä tapahtuneisiin ikärakennemuutoksiin suhteutettuna viime vuosina (ks. kuvio 2). Uusien eläkkeiden määrän muutoksiin ovat vaikuttaneet erityisesti yli 40-vuotiaiden eläkealkavuudessa tapahtuneet muutokset. Näissä ikäryhmissä eläkkeitä alkaa enemmän ja muutokset ovat olleet suotuisia (Eläketurvakeskus 2004–2013).

Tavallisimmat syyt työkyvyttömyyteen ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (tule) sekä mielenterveyden häiriöt. Vuonna 2013 työeläkejärjestelmän mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen ensisijaisena perusteena oli 32,2 %:lla mielenterveyden häiriö ja 32,5 %:lla tule-sairaus. Kasvaimet, hermoston sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet ja vammat käsittivät kukin 6–7 % alkaneista eläkkeistä. Eläkeperuste vaihtelee iän mukaan. Vuonna 2013 alle 45-vuotiailla yleisin eläkeperuste oli mielenterveyden häiriö (yli 60 %), kun 45 vuotta täyttäneillä yleisin syy oli tule-sairaus (40 %). Mielenterveyden häiriöiden perusteella eläköityvien ikäjakauma on ollut suhteellisen tasainen: uusista eläkkeen saajista 49 % oli täyttänyt 45 vuotta. Sen sijaan sydän- ja verisuonisairauksiin, hengityselinten sairauksiin sekä tule-sairauksiin perustuissa eläkkeissä yli 90 % uusista eläkkeensaajista oli täyttänyt 45 vuotta. Osatyökyvyttömyyseläkkeissä jakauma on hieman erilainen. Osatyökyvyttömyyseläkkeellä olleista (vuonna 2012) yli puolella ensisijainen diagnoosi oli tule-sairaus ja vajaalla viidenneksellä mielenterveyden häiriö.

Työkyvyttömyyseläkkeet ja niiden alkavuus on yksi väestön työkyvyttömyyden osoitin. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuteen vaikuttavat monet eri tekijät (ks. Loisel ym. 2005; Harkonmäki 2006). Yksilön työ- ja toimintakyvyn ja terveydentilan lisäksi työkyvyttömyyteen vaikuttavat myös mm. eläkejärjestelmässä ja työmarkkinoilla tapahtuvat muutokset, jotka ovat voineet vaikuttaa eläköitymiseen vanhimmissa ikäryhmissä. Työkyvyttömyyseläkeriski on keskimääräistä suurempi monissa fyysisesti raskaita työtehtäviä sisältävissä työntekijäammateissa ja pienempi useissa erityisasiantuntija-ammateissa. Eläkealkavuuden riski edellä mainittujen ammattien ääripäiden välillä oli lähes kymmenkertainen vuosina 1997–2006. (Pensola ym. 2010)

Lyhytaikaisen työkyvyttömyyden eli sairauspoissaolojen taustalla on samoja terveyteen, työhön ja henkilökohtaisiin tekijöihin liittyviä syitä kuin työkyvyttömyyseläkkeelle johtaneissa prosesseissa. Pitkäaikaiseen tai pysyvään työkyvyttömyyteen johtava prosessi ei kuitenkaan ole deterministinen. Esimerkiksi Kauston ym. tutkimuksessa (2014) pitkältä täydeltä sairauslomalta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 23 prosenttia ja osasairauslomalta 8 prosenttia vuonna 2008.

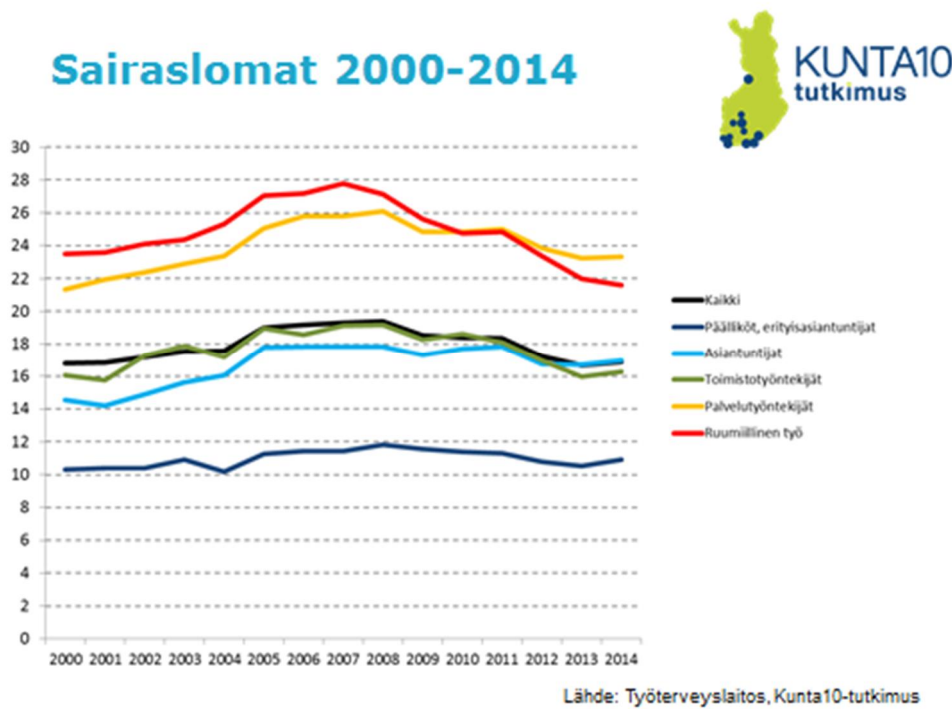


Kuvio 2. Alkaneiden työ-

kyvyttömyyseläkkeiden määrä (vasen akseli) ja alkavuus 1000 vakuutettua kohden (oikea akseli) 18–62-vuotiailla työeläkejärjestelmässä vuosina 2004–2013. (Lähteet: Eläketurvakeskus: Työeläkkeensaajat 2004–2013).

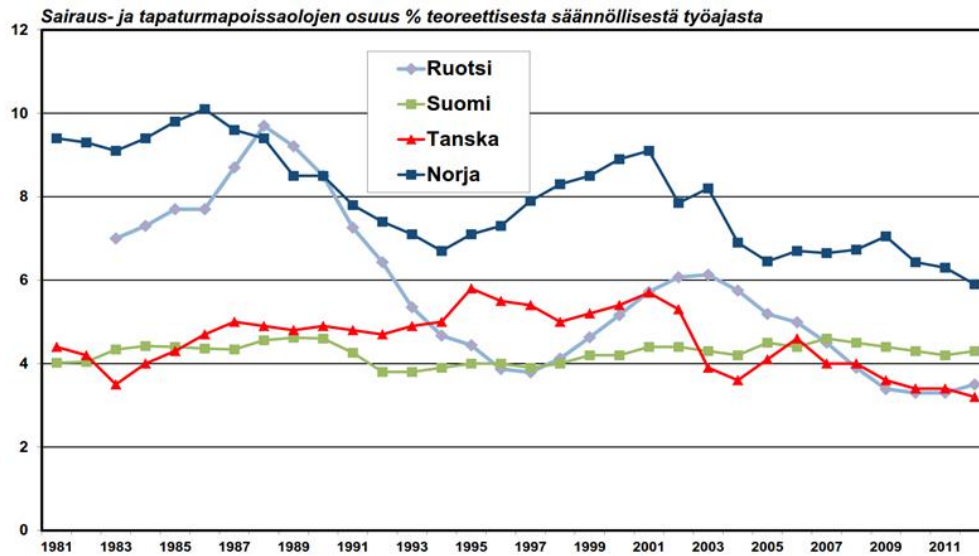
Työllisten pitkäaikaisista (vähintään 10 päivää kestäneistä) sairauslomista on saatavissa luotettavaa, diagnoosikohtaista Kelan rekistereihin perustuvaa tietoa. Lyhytaikaisista sairauspoissaoloista ei ole vastaavaa tietoa, mutta niistäkin on seurantatietoja mm. Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksessa, EK:n työvoimakatsauksessa, Työolobarometrissa ja Kunta10-tutkimuksessa. Kunta10-tutkimuksen seurantatietojen perusteella on havaittavissa vuosituhannen alun sairauspoissaolojen kasvun kääntyminen laskuun vuoden 2008 jälkeen.

Ammattiryhmien välillä on havaittavissa vastaavat erot sairauspoissaoloissa kuin muissakin terveyden osoittimissa. Erityisasiantuntijoilla sairauspoissaoloja on keskimääräistä vähemmän ja ruumiillisessa sekä palvelualan ammattiryhmissä keskimääräistä enemmän (ks. kuvio 3). Kunta-alalla sairauspoissaoloja on ollut keskimäärin enemmän kuin yksityissektorilla (16,7 päivää vs. 10 päivää vuonna 2013 (ks. ek.fi ja kuvio 3). Kokonaisuudessaan kunta-alan sairauspoissaolojen kehitys heijastaa myös yksityissektorin poissaoloja (ks. kuvio 3 ja 4). Suomessa sairauspoissaolojen kehitys on ollut tasaisempaa kuin muissa Pohjoismaissa. (Kuvio 4).



Kuvio 3. Kuntatyöntekijöiden sairauslomat henkeä kohden eri ammattiryhmissä 2000–2014 Kunta10-tutkimusaineistossa.

Sairauspoissaolot Pohjoismaissa 1981 - 2012



Lähde: Pohjoismaiset työnantajakeskusjärjestöt.
Tiedot koskevat kaikissa pohjoismaissa keskusjärjestöjen jäsenyritysten koko henkilöstöä.

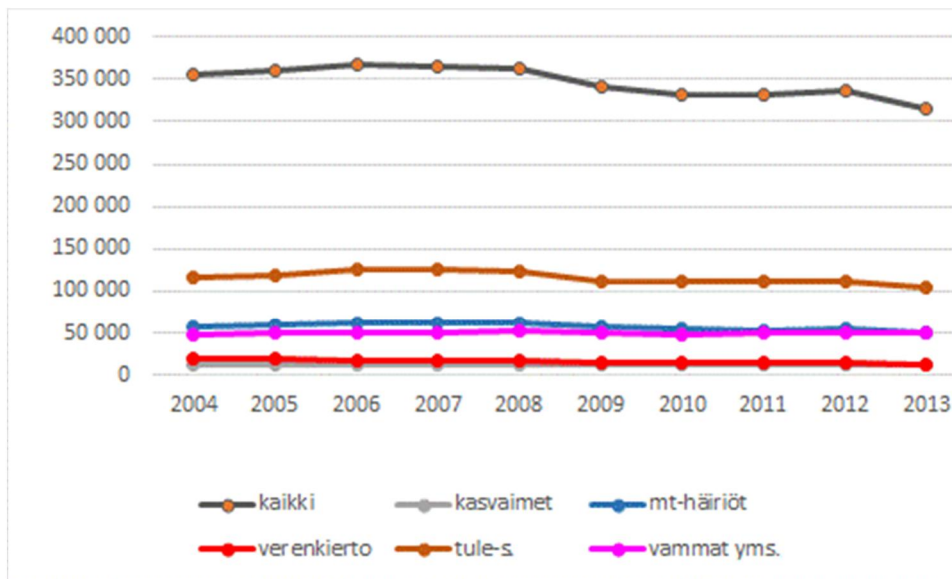
Elinkeinoelämän keskusliitto



Kuvio 4. Sairauspoissaolojen osuus (%) teoreettisesta työajasta Pohjoismaissa 1981–2012 (Lähde: Elinkeinoelämän keskusliitto)

Pitkissä sairauspoissaoloissa noin joka kolmas sairauspoissaolopäivä perustui tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ja joka neljäs poissaolopäivä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin vuonna 2013 (Kelan sairausvakuutustilasto 2014). Kolmanneksi eniten, 15 prosenttia, kaikista korvatuista päivistä perustui tapaturmiin, myrkytyksiin ja muihin ulkoisiin tekijöihin. Alkaneiden kausien määrä on vähentynyt noin 11 prosenttia vuodesta 2004 vuoteen 2013 (ks. kuvio 5). Vähennystä on ollut kaikissa muissa syissä paitsi vammoissa, myrkytyksissä ja muissa ulkoisissa syissä. Verenkiertoelinten sairauksiin perustuvat kaudet vähenivät noin kolmanneksella ja mielenterveyden häiriöihin ja tule-sairauksiin perustuvat kaudet noin 10 prosenttia seurantajaksolla.

Vuonna 2013 Kelan sairauspäivärahaa sai 308 391 henkilöä, mikä oli 8,4 prosenttia kaikista 16–67-vuotiaista. Tuolloin kaikista sairauspäivärahansaajista ainoastaan 3,5 prosenttia sai osasairauspäivärahaa (Kelan sairausvakuutuslasko 2013). Vuonna 2012 alkaneista kausista 27,2 prosenttia kesti alle viikon ja valtaosa, 86,2 prosenttia, korkeintaan 90 päivää. Vuonna 2004 alkaneissa kausissa vastaavat osuudet olivat 28,3 ja 86,7 prosenttia, eli tällä välillä ei vielä ollut havaittavaa muutosta alkaneiden sairauspäiväkausien pituudessa (Kelan sairausvakuutuslasko 2005).



Kuvio 5 Kelan korvaamat sairauspoissaolokaudet 2004–2013, kaikki syyt sekä erikseen tule-sairaudet, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (mt-häiriöt), vammat, myrkytykset ja muut ulkoiset syyt, verenkiertoelinten sairaudet ja kasvaimet.

Työurien jatkaminen nähtiin 2010-luvulla yhtenä keskeisenä suomalaisen yhteiskunnan selviämisen haasteena. Työuria on pyritty jatkamaan kasvattamalla työllisyyttä työuran kaikissa vaiheissa: alussa, keskellä ja lopussa. Etenkin työuran jatkamisessa sen keskeltä kyse on pitkälti työkyvyttömyyden vähentämisestä. Ollakseen vaikuttavaa työkyvyn tuen tulee tällöin edistää työuratavoitteiden toteutumista toimijoista riippumatta. Selvityksessä Ehdotuksia työurien pidentämiseksi (2010) todettiin, että työvuosivaikutusten esiin saaminen edellyttää aktiivista yhteistyötä työnantajien, työterveyshuoltojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen kanssa. Lisäksi tavoitteena työky-

vyn hallinnassa oli suunnitelmallisuuden lisääminen, yhteistyön tiivistäminen ja varhainen reagointi. Nämä tavoitteet johtivat useisiin rakenteellisiin uudistuksiin työpaikan ja työterveyshuollon tehtävissä. Näissä viime vuosina tehdyissä rakenteellisissa uudistuksissa oli keskeistä työikäisen väestön työurien jatkamisratkaisujen kannalta niiden pohjautuminen kolmeen pääperiaatteeseen (emt.). Ensinnäkin työpaikoilla työkyvyn tukemisen tulisi pohjautua siihen, että yhteistoiminnassa tunnetaan erilaiset henkilöstö- ja työkykyriskit kustannuksineen. Toiseksi työpaikoilla tulisi olla valmiiksi laadittuna työkyvyn tuen toimintamallit tilanteisiin, joissa työntekijän työkyky alenee. Tilannekuvan ja toimintaan varautumisen lisäksi korostettiin sitä, että työpaikan eri toimijoiden tuli myös osallistua aktiivisesti tiiviiseen ja tarvittaessa myös tapauskohtaiseen yhteistyöhön. (Emt.)

Nämä periaatteet vietiin muutoksina sairausvakuutuslakiin, työterveyshuoltolakiin sekä työterveyshuoltoasetukseen. Ensimmäisenä muutoksen kohteena oli työkyvyn tukeen liittyvän työpaikan eri toimijoiden ja työterveyshuollon yhteistyön tiivistäminen (STM2011a,b). Työkyvyn tuen on työpaikoilla perustuttava työpaikan eri toimijoiden yhteistyössä laatimaan toimintamalliin (sairausvakuutuslain muutos 1056/2010). Tällä muutoksella pyrittiin työpaikoilla saamaan työkykyasiat puheeksi varhaisessa vaiheessa. Työpaikkoja kannustettiin mallien rakentamiseen 10 prosenttia suuremmalla palautuksella työterveyshuollon ennaltaehkäisevistä kustannuksista. Seuraavaksi varhaisempaa puuttumista pitkittyvään työkyvyttömyyteen tavoiteltiin niin kutsutun 30/60/90- periaatteen (sairausvakuutuslain muutos 19/2012 ja työterveyshuoltolain muutos 20/2012) avulla. Näiden muutosten mukaisesti työssä jatkamisen mahdollisuuksista tulee työterveyshuollon tai työntekijän aloitteesta neuvotella työterveysyhteistyössä. Työterveyslääkäri kirjaa näissä neuvotteluissa työntekijän kanssa syntyneen ratkaisun lausuntoon, jonka työntekijä toimittaa Kelaan.

Kolmas uudistus kohdistui työterveyshuollon toiminnan sisältöön. Työterveyshuollon tulee omalla toiminnallaan tukea edellä kuvattua uudelleen suunnattua työkyvyn tukemiseen liittyvää työterveysyhteistyötä (Valtioneuvoston asetus hyvän...2013; Uitti 2014). Työterveyshuoltolaki (1383/2001) määritteli jo vuodesta 2001 työterveyshuollon kuntoutukseen liittyviksi tehtäviksi

kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen ohjauksen. 1.1.2014 voimaan astunut asetus (VnA 708/2013) lisäsi työterveyshuollon tehtäväksi "case manageroinnin": tapaus- eli työntekijäkohtaisesti työterveyshuollon on yhteen sovitettava terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluja sekä seurattava prosessin etenemistä työssä jatkamisen tai työhön paluun varmistamiseksi (kuva 1). Tiivis työterveysyhteistyö tulisi toteutua yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla. Tyky-toimintaan verrattuna tuloksellisuutta pyritään parantamaan sillä, että työkyvyn tuen tarpeen pohjalla oleva organisaatio-, työpaikka- ja työyhteisökohtainen tilannekuva ja sen pohjalta luotavat tavoitteet tulisi muodostaa yhteistyössä (Juvonen-Posti ym. 2014c,d). Tavoitteiden mukaan toimiessaan työterveysyhteistyön tulisi mahdollistaa hyvä työssä jatkamisen tuki työntekijä- ja työpaikkakohtaisessa kuntoutuksessa työuran eri vaiheissa.



Kuva 1. Työterveyshuollon eri tehtävät yksilöllisessä työkyvyn tukemisessa (Juvonen-Posti ym. 2015)

5.2 Osaselvityksen kysymykset, aineistot ja menetelmät

Työllisten ammatillista kuntoutusta selvitettiin kolmesta näkökulmasta: 1) Millä tavoin sairausvaakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutokset varhaisesta puuttumisesta pitkittyvään työkyvyttömyyteen ovat vaikuttaneet työnjakoon työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä, 2) miten asetuksessa (708/2013) säädetty kuntoutusta koskeva koordinaatiotehtävä toteutuu ja mitä

kehitettävää toiminnassa on, sekä 3) miten voitaisiin varmistaa työssä olevien pääsy ammatilliseen ja siihen liittyvään lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen?

Ensimmäiseen selvityskysymykseen sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutosten vaikutuksista varhaiseen puuttumiseen pitkittyvässä työkyvyttömyydessä käytettiin aineistona tuloksia Työterveyslaitoksen ja Kelan toteuttamasta arviointitutkimuksesta, jossa arvioitiin lakimuutosten toimeenpanoa ensimmäisten kahdeksan kuukauden aikana lain voimaantulon jälkeen (Juvonen-Posti ym. 2014b).

Työterveyshuollon koordinaattiroolia työkyvyn tuki -tehtävässä tarkastelimme pääasiassa kehittämis- ja selvitystöiden ja kahden tutkimuksen tulosten kautta. Selvitimme koordinaattiroolia SEITTI - Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä -hankkeen (Hakulinen ym. 2012) ja BotniaSEITTI -kehittämishankkeen (Hakulinen ym. 2014; Hakulinen & Laaksonen 2015) tulosten avulla. Lisäksi käytössä olivat alustavat tulokset Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn (HAH-MOTUS 2013–2015) -selvitystyöstä (Tarvainen ym. 2015a,b) ja Pienten yritysten ja yrittäjien työterveyshuolto Suomessa 2013–2014 -tutkimushankkeesta (Palmgren ym. 2015) sekä Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toiseen vaiheeseen liittyneen arviointitutkimuksen tuloksia työterveyshuolloilta kootusta aineistosta (Seppänen-Järvelä ym. 2014, 2015; Juvonen-Posti ym. 2015).

Kolmatta selvityskysymystä työssä olevien pääsystä ammatilliseen ja siihen liittyvään lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen tarkasteltiin suomalaisen tutkimuskirjallisuuden avulla. Pöytäkirjoitteenä olivat hakusanat (ammatillinen kuntoutus, työterveyshuolto ja työkyvyn tuki) julkaisu vuosilta 2004–2014. Haut tehtiin Työterveyslaitoksen, Eläketurvakeskuksen, Kuntoutusportin (Kuntoutuslehti ja kuntoutusta käsittelevät väitöskirjat) ja STM:n sähköisiin julkaisuihin.

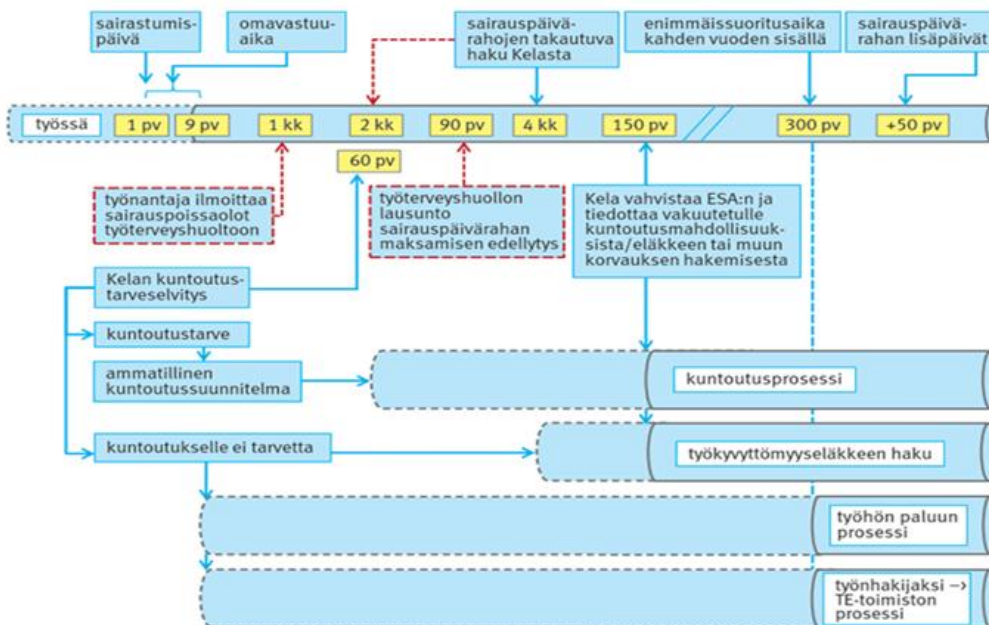
Lisäksi tätä selvitystyötä varten koottiin Osatyökykyisten työllistyminen -hankkeen työryhmän ryhmähaastattelu ja yhden kuntoutujan kuntoutumispolusta dokumentti- ja haastatteluaineisto sekä

tukiverkon sähköisellä alustalla ja 21.5.2015 käymä keskusteluaineisto. Kirjallisista dokumenteista, tutkimushankkeista ja haastatteluista on koottu tulokset selvityskysymyksittäin.

Työssä olevien pääsy ammatilliseen ja siihen liittyvään lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen -kokonaisuudessa esittelemme tapauskuvauksen (luku 5.3.3), jonka jälkeen esitetään Osa-työkykyiset työssä -ohjelman edustajien näkemyksiä (luku 5.3.4), näkemyksiä tutkimuskirjallisuuden perustuen (luku 5.3.5) ja erikseen Kelan AURA-kuntoutuksesta (luku 5.3.6). Luvussa 5.3.7 esitellään lyhyesti ammatilliseen kuntoutukseen pääsyyn vaikuttavat uusimmat muutokset lainsäädännössä.

5.3 Osaselvityksen tulokset

5.3.1 Varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen



Kuva 2. Varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen (nk. 30/60/90 -periaate) sairauspäiväraha-prosessissa (Kuuva 2011)

Työelämä- (Ehdotuksia työurien pidentämiseksi... 2010) ja Työhyvinvointi- (STM 2011a) työryhmien ehdottamat lakimuutokset varhaisesta puuttumisesta pitkittyvään työkyvyttömyyteen astuivat voimaan 1.6.2012. Uudistuksella pyrittiin pidentämään työuria tehostamalla toimenpiteitä, jotka vaikuttavat työkyvyn palautumiseen. Tavoitteena oli parantaa mahdollisuuksia havaita työntekijöiden pitkittyvä työkyvyttömyys riittävän varhain ja näin helpottaa heidän paluutaan työhön sairauspoissaolojen jälkeen. Muutoksella haluttiin lisäksi parantaa työkyvyn arviointiprosessin toimivuutta työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Uudistuksen tavoitteet oli tarkoitus saavuttaa pitkittyvien poissaolojen varhaisemmalla tunnistamisella, työkykyarviolla ja työhönpaluun suunnittelulla ja tukemisella. (ks. kuva 2.) Lakimuutoksen perusteluissa korostuivat myös työnantajan vastuu selvittää keinot, joilla työssä jatkaminen onnistuu. Myös terveydenhuollon ja työterveyshuollon tulisi lisätä yhteistyötä ja työterveyshuollon koordinoida toimintaa. Lain toimeenpanoon liittyi työterveyshuollon edustajille suunnattu koulutus ja kansalaisille suunnattua viestintää. (HE 75/2011 vp)

Muutokset velvoittavat työnantajan ilmoittamaan yli 30 päivää kestävät sairauspoissaolot työterveyshuoltoon. Työterveyshuolto vastaa siitä, että neuvottelut työssä jatkamisen mahdollisuuksista toteutuvat yhteistyössä työntekijän ja työnantajan kanssa. Muutokset velvoittavat siis myös työnantajan selvittämään yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä.

Työterveyslääkäri laatii lausunnon jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuudesta (kuva 3). Lausunnossa tulee olla arvio jäljellä olevasta työkyvystä ja selvitys työssä jatkamisen mahdollisuuksista. Selvityksessä tulisi olla johtopäätökset työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon yhteisneuvottelusta, jossa on arvioitu työhönpaluun mahdollisuudet, arvioitu työhönpaluun ajankohta ja mahdollisesti tarvittavat työhönpaluun tukitoimet, esim. työjärjestelyt ja kuntoutuksen toimenpiteet. Ohjeiden mukaan työterveyshuollon lausunto on siis laadittava yhdessä työntekijän ja työnantajan edustajan kanssa ja siinä on otettava kantaa jäljellä olevaan työkykyyn ja kuvattava työssä jatkamismahdollisuudet (ks myös kuva 2).

Kelan tehtävänä on muistuttaa työntekijää lausunnon toimittamisen tarpeesta ja varmistaa, ettei sairauspäivärahan maksamista keskeytetä, jos Kela ei ole selvittänyt lausunnon puuttumisen syytä. Toimeenpano perustuu siihen, että viimeistään 90 sairauspoissaolopäivän jälkeen työntekijän on toimitettava Kelaan työterveyshuollon lausunto työssä jatkamisen mahdollisuuksista, jos työntekijä haluaa sairauspäivärahaetuutensa maksamisen jatkuvan. Työntekijän vastuulla on siis työssä-jatkamislausunnon toimittaminen Kelaan viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivältä. Periaatteen luku 60 tulee siitä, että uudistuksen jälkeen työnantajan on haettava 60 päivän kuluessa aikaisemman 120 päivän sijaan sairauspäivärahakauden alkamisesta korvauksia sairausajalta maksamaansa palkkaan Kelasta. Lausunto tulisi laatia heti, kun työkyvyttömyyden pitkittymisen uhka yli 90 päivän on ilmeinen. A-todistukselle tai B-lomakkeelle laadittu lausunto tarvitaan viimeistään, kun sairauspäivärahapäiviä on kertynyt 90. Lausunto on sairauspäivärahan maksamisen edellytys 90 päivärahapäivän jälkeen.

Kela[®]

Lääkärilausunto B2
sairauksista, hoidoista ja kuntoutuksesta sekä työkyvystä

Litteitä _____ kpl

Henkilötunnus

☐ Lisätietoja erillisellä liitteellä

**1 HENKILÖ-
TIEDOT**

Sukunimi ja etunimet _____

Puhelinnumero _____

Lähtöosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Nykyinen työtehtävä _____ Ammatti _____

Paikoinen työnantaja _____

Olen seurannut tulkitettavan terveydentilää aikoen: _____ Miten henkilöllisyys on todettu? _____

☐ Henkilökohtaisesti _____

☐ Asiakirjoista _____

☐ Sairauspäiväraha _____ ☐ Enityskorvattavat lääkkeet tai kliiniset ravintovalmisteet _____

☐ Työterveyshuollon lausunto työssäjatkamis-
mahdollisuuksista _____ ☐ Kuntoutus _____

☐ Osasairauspäiväraha _____ ☐ Työkyvyttömyyseläke / Kuntoutustuki _____

☐ Muu, mikä? _____

**2 LAUSUNNON
TARKOITUS**

9

**TYÖTERVEYS-
HUOLLON
LAUSUNTO
TYÖSSÄ-
JATKAMIS-
MAHDOLLI-
SUUKSISTA**

Arvio jäljellä olevasta työkyvystä

Selvitys työssäjatkamismahdollisuuksista

Työterveyshuollon lääkärin lausunnon tulee sisältää arvio työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä sekä johtopäätökset neuvottelusta, jossa työntekijän työssäjatkamismahdollisuudet on selvitetty yhdessä työntekijän ja työnantajan kanssa. Lausunto on laadittava viimeistään, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivää. Molemmat kohdat on täytettävä.

10

Kuva 3. V 2012 uudistettu lääkärilausunto B

Työssä jatkamisen tukeminen pitkittyvissä työkyvyttömyystilanteissa -arviointitutkimuksessa (Juvonen-Posti ym. 2014b) selvitettiin 1.6.2012 voimaan tulleen työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten toteutumista. Tutkimuksessa koottiin kolme rinnakkaista aineistoa. Sairausvakuutusrekisteristä poimitun pitkittäisseurannan avulla selvitettiin, kuinka paljon 1.6.2012–28.2.2013 välisenä aikana kertyi vähintään 90 päivää kestäneitä sairauspoissaoloja, mitkä sairaudet olivat niiden syynä ja miten ne jakautuivat iän ja sukupuolen suhteen sekä maantieteellisesti. Toisena aineistona olivat 15.1.2013 alkaen 100 peräkkäistä Kelaan toimitettua SvA-todistukseen tai SvB-lausuntoon kirjattua työssä jatkamisen mahdollisuuksiin liittyvää lausuntoa. Lausuntojen

avulla tarkasteltiin työterveyshuollon toimintaa ja työterveysyhteistyötä. Työterveyshuollossa laadituista työssäjatkamislausekunnista selvitettiin niissä esitettyjä työssä jatkamista tukevia ratkaisuja ja sitä, mitkä esitetyistä ratkaisuista mahdollisesti olisivat vaikuttavia pitkittävän työkyvyttömyyden ehkäisemissä. Kolmannen aineiston muodosti yhden työntekijän, hänen esimiehensä ja työterveyslääkäriensä haastattelut. Haastattelujen tavoitteena oli koota tietoa lausunnon laatimisprosessista. (Emt.)

Ensimmäisen kahdeksan kuukauden aikana 1.6.2013–28.2.2013 maksukieltomerkinnän 91. sairauspäivärahopäivän kohdalla oli saanut 4 244 henkilöä. Maksukieltomerkinnät koostuivat 5 694 sairauspoissaolojaksosta, pääasiassa siis yhdestä poissaolojaksosta. Työssäjatkamislausekunta toimitettiin Kelaan yleisimmin 120–149 päivää sairauspoissaolojakson alkamisen jälkeen. Lomakeaineiston perusteella voitiin arvioida, että reilulla kolmanneksella työpaikoista seurattiin sairauspoissaoloja ajantasaisesti 2012–2013 ja rekisteriaineiston pohjalta arvioituna vuotuinen lausuntomäärä olisi ollut 18 000–19 000.

Arviointitutkimuksessa (Juvonen-Posti ym. 2014b) sadasta arvioidusta lausunnosta 21 oli tehty jollain tavalla yhteistyössä työnantajan kanssa. Kuntoutusta oli suunniteltu 12 työntekijälle ja 26:lle työnmuokkausta. Haastateltu työntekijä oli kokenut lausunnon toimittamisen Kelaan kielteisesti kuormittavana, mutta työterveyslääkäri ja esimiehen kanssa työhön paluun suunnittelu oli kuitenkin käynnistynyt. Arviointitutkimuksessa yleisimmät diagnoosiperusteiset syyt sairauspoissaoloille olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt vastaavasti kuin koko väestön sairauspoissaoloissa (ks. luku 5.1). Suurten kaupunkien seutukunnissa oli vähän pitkittyneitä poissaoloja työllisiä kohden. Alueellisesti sairauspoissaoloja oli paljon etenkin Savon, Kainuun ja Lapin alueilla. (Emt.)

Työssäjatkamislausunnot olivat heti lain toimeenpanon jälkeen vaatimattomia (Juvonen-Posti ym. 2014 b). Tuloksen pohjalta on käyty keskustelua siitä, minkä verran on kyse kuntoutussuunnitelmien kirjaamattomuudesta ja minkä verran siitä, ettei tosiasiallisesti työhön paluuta ja sen tukitoimenpiteitä ollut suunniteltu lainkaan. Työeläkeyhtiöiden asiantuntijoiden mukaan työpaikat ja työterveyshuollot ovat aktivoituneet mm. hakemaan ammatillista kuntoutusta aikaisemmin. Asiantuntijat pitävät tätä aktivoitumista osin lainsäädäntömuutoksista ja osin työkykyjohtamisen aktivoitumisesta johtuvana.

Arviointitutkimustulosten perusteella tunnistettiin useita tarkentamis- ja tehostamistarpeita lakimuutosten täytäntöönpanon ohjeistukseen ja koulutukseen kaikille toimintaan osallistuville toimijoille. Työterveyshuollon palveluja tuottavissa yksiköissä ja niiden johtamisessa tulisi tunnistaa toiminnan laajempi yhteiskunnallinen merkitys ja korostaa myös työpaikan kanssa tehtävää ta-pauskohtaista yhteistyötä käytännössä. Työhön paluun ja kuntoutuksen suunnitteluun tulee työterveysyksiköissä kehittää työprosessit, suunnittelu tulisi tehdä tarvittavassa moniammatillisessa yhteistyössä ja yhdessä työpaikan edustajien kanssa. Uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi, toisin sanoen työkyvyttömyyden vähentämiseksi, tulisi kuntoutuksen ja työhön paluun suunnittelu aloittaa riittävän varhain ennen 90 sairauspäivän kulumista, vaikka sairaus tai sen hoito siirtäisikin työhön paluun toteutuksen käynnistämistä myöhemmäksi. (Juvonen-Posti ym. 2014b)

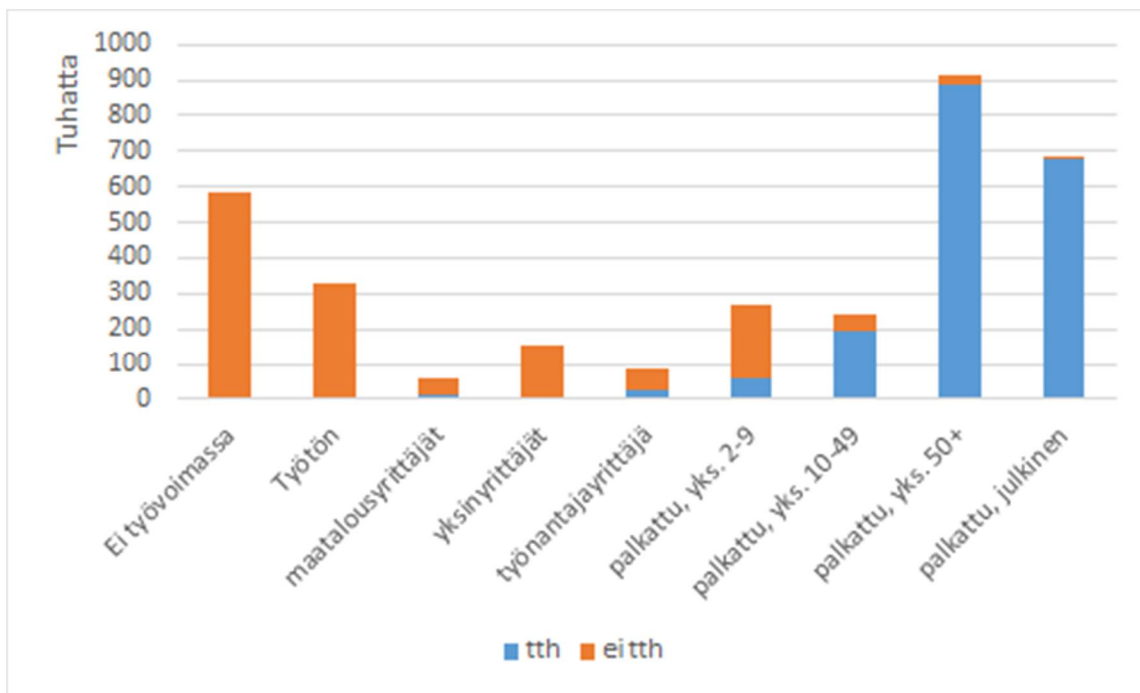
Lakimuutoksen täytäntöönpanoa oli alkuvaiheessa Kelassa ja työterveyshuolloissa ohjannut enemmän sairauspoissaoloon liittyvän yksilön toimeentulon turvaaminen kuin työssä jatkamisen mahdollisuuksien tarkastelu ja siihen liittyvien tukitoimien suunnittelu (Juvonen-Posti ym. 2014b). Lausuntoihin kirjatut työssä jatkamista tukevat toimet olivat vähäiset (emt.), eikä kuntoutuksen mahdollisuuksia ollut otettu täysimääräisesti ainakaan kirjausten perusteella käyttöön. Jos toimeenpanoon ei työterveysyhteistyössä, työpaikoilla ja työterveyshuollossa panosteta, työkyvyttömyyseläkkeiden vähentyminen ja työurien jatkuminen lakimuutoksen seurauksena voi olla tavoiteltua vaatimattomampaa.

Tukiverkkokeskusteluissa tuli esille, että työeläkeyhtiöissä varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen (nk. 30/60/90 -periaate) näkyy tällä hetkellä siten, että puolelta työeläkelakien ammatillisen kuntoutuksen hakijoista hakemus tulee ennen 90. päivää, puolella menee enemmän aikaa. Työterveyslaitoksen, Kelan, Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) ja Eläketurvakeskuksen yhteistyönä on toteutettu Työhön paluun edistämiseen tähtäävien lakimuutosten vaikuttavuus, kvasikokeellinen rekisteripohjainen tutkimus -hanke (suullinen tieto, Eira Viikari-Juntura, 2015). Hankkeessa tutkitaan toiminnan vaikutuksia sairauspoissaoloihin ja työhön paluuseen, ja taloudellisia vaikutuksia selvitetään myöhemmin poimittavalla rekisteriaineistolla. Vuonna 2015 julkaistiin tuloksia Työterveyslaitoksen kunta-alan henkilöstön seurantatutkimuksesta koottu aineiston perusteella. Työhön paluu pitkän työkyvyttömyyden jälkeen aikaistui hieman ja työsäolopäivät lisääntyivät vuonna 2012 tapahtuneiden sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolain muutosten jälkeen. Muutos näkyi selvimmin lähes kolme kuukautta sairauslomalla olleilla, joilla työhön osallistuminen oli 2 prosenttia korkeammalla tasolla lakimuutoksen jälkeen. Vertailu vuosiin 2008–2011 osoitti, että ennen lakimuutosta työhön ei palattu pitkien sairauspoissaolojen jälkeen yhtä usein. (Halonen ym. 2015).

5.3.2 Työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvä koordinaatorooli

Vuonna 2012 kirjallinen työkyvyn tuen toimintamalli oli 98 prosentilla työpaikoista, jotka hakivat työterveyshuollon kustannuksiinsa korvauksia Kelalta (Kela 2014). Kirjallinen työkyvyn tuen toimintamalli mahdollisti 60 prosentin korvauksen haetuista työterveyshuollon ennalta ehkäisevistä kustannuksista (emt.). Tarjotut palvelut ovat mittavia. Esimerkiksi ennaltaehkäisevänä työterveyshuollon palveluna työpaikkaselvityksiin käytettiin 487 000 tuntia, neuvontaa ja ohjausta annettiin ryhmille 230 000 tuntia ja yksilöille 631 000 käyntikerralla ja suoritettiin 1,1 milj. terveystarkastusta vuonna 2012. Näiden lisäksi työterveyshuolloissa vuonna 2012 tehtiin 5,2 milj. sairaanhoitokäyntiä, 7,0 milj. laboratorio- ja 530 400 kuvantamistutkimusta. (Emt.)

Näiden lukujen valossa työterveyshuollon toiminta ja resurssien käyttö olivat vuonna 2014 edelleen sairaudenhoitopainotteisia. Työikäisistä 18–64 vuotiaista oli työterveyshuollon piirissä 1,85 miljoonaa vuonna 2012, palkansaajista noin 86 prosenttia (Kelan Työterveyshuoltotilasto 2012). Työterveyshuollon kattavuus oli paras julkisella sektorilla ja yli 50 työntekijää työllistävillä yksityisillä työpaikoilla (kuvio 6). Huonoin kattavuus oli yksinyrittäjillä, työnantajayrittäjillä ja 2–9 työntekijää työllistävillä työpaikoilla, joista kuitenkin osalla on työterveyshuolto, mutta ne eivät ole hake-neet Kelalta korvausta. Lakisääteisen työterveyshuollon piiriin eivät kuulu työvoimaan kuulumat-tomat ja työttömät, joita oli yhteensä yli 0,9 miljoonaa 18–64 vuotiaista (kuvio 6).



Kuvio 6. 18–64-vuotiaiden työterveyshuollon (tth) kattavuus pääasiallisen toiminnan, ammattiase-man, työnantajasektorin (yks=yksityinen ja julkinen) sekä työpaikan koon mukaan. (Lähteet: www.stat.fi, <http://www.eva.fi/tyotjatekijat/yritysten-tyollisyysosuudet-yrityskoon-mukaan-2012/>, www.kela.fi (työterveyshuolto), <http://tietotrendit.stat.fi/mag/article/52/>)

Työterveyshuollon kustannusten korvaushakemuksissa työnantajista 98 prosenttia ilmoitti seuraavaansa suunnitellusti työntekijöiden terveydentilaa ja työkykyä ja vastaavasti 87 prosenttia työntekijöiden sairauspoissaoloja (Kela 2014a). Työterveysyhteistyössä selvillä olo henkilöstön tilanteesta, mukaan lukien työkyvyn muutokset ja kuntoutustarve,

pitäisi siis useilla työpaikoilla olla näiden tietojen perusteella mahdollista.

Työterveyshuollon käytännöissä on tapahtunut muutoksia, jotka eivät välttämättä näy näissä rekisteritiedoissa, koska kirjaamis- ja laskutuskäytännöt ovat säilyneet ennallaan, vaikka esimerkiksi sairausvastaanoton sisältö voi olla ohjaus- ja yhteistyökäynti. Tapaustutkimushankkeessa (Juvenen-Posti ym. 2014a) työterveyshuollon edustajat ja esimiehet kuvasivat käytännön, jossa työntekijä keskustelee työterveyshuollon lääkärin sairausvastaanotolla työhön paluun vaihtoehtoista. Työntekijä itse tai työterveyslääkäri soittaa vastaanotolta esimiehelle. Puhelinneuvottelussa esimiehen kanssa sovitaan työhönpaluun järjestelyistä tai tarvittaessa työterveysneuvottelun ajankohdasta. (Emt.) Käytettävissä olevien tietojen perusteella ei voida kuitenkaan arvioida sitä, minkä verran työterveyshuollon sairaanhoitokäynneistä on työkyvyn tukemista, seuranta ja ohjausta.

Haasteita työterveyshuollon uudelle roolille pientyöpaikoilla ja yrittäjien kanssa muodostavat vähäinen kattavuus, työterveysyhteistyö ja se, miten eri osapuolet työterveysyhteistyön määrittelevät. Pienten yritysten ja yrittäjien työterveyshuolto Suomessa 2013–2014 -hankkeessa työterveyshuoltohenkilöstö arvioi työkyvyn tuen toimintakäytännöistä sopimisen yrittäjien ja pienten yritysten kanssa olevan selvästi yleisempää kuin mitä yrittäjät ja pienten yritysten vastuuhenkilöt ovat ilmoittaneet (Palmgren ym. 2015).

Alueellisena kehittämistyönä organisoidussa SEITTI-hankkeessa (Hakulinen ym. 2012, 24; 37–39) todettiin, että perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyön kehittämistä haittasi terveydenhuollon toimijoiden erilaiset näkemykset työterveyshuollon roolista. Esimerkiksi kehittämiss-hankkeen alueen terveyskeskuksissa toiminta oli väestövastuista, joten nämä terveydenhuollon toimijat olettivat työterveyshuollon vastaavan työterveyshuollon sopimuksen piiriin kuuluvien sairaanhoidosta työterveyshuoltosopimuksen sisällöstä riippumatta. Hankkeessa päästiin kehittämään alueellisia käytäntöjä työkykyyn keskeisesti liittyvissä sairauksissa. Kehittämistyössä todet-

tiin, että työterveyshuoltojen oli ensin itse jäsennettävä työkyvyn tukemiseen liittyvä tehtävä, rakennettava työterveysyhteistyö sopimustyöpaikkojen kanssa ja työterveyshuollon sisäiset käytännöt, jotta voidaan kehittää alueellista yhteistyötä, kuten hoitoketjuja työkyvyn tukeen liittyen. (Emt.)

BotniaSEITTI-hankkeeseen (Hakulinen ym. 2014, 7; 23; 31) osallistuneet työterveyshuollot halusivat kehittää työterveysyhteistyötä ja tätä kautta työpaikkakohtaisia työkyvyn tuen käytäntöjä. Hankkeessa pyrittiin vaikuttamaan työterveyshuoltoyksiköiden oman toiminnan selkiytymiseen työkyvyn tuki -toiminnassa ja sairaanhoidossa ja siihen, että terveydenhuollon alueellisiin hoito- ja kuntoutuspolkuihin tulisi selkeästi näkyviin työkyvyn tukeen liittyvät asiat. Yhtenä keskeisenä tavoitteena oli työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvän koordinaattoroolin selkiyttäminen (Emt.).

Kehittämistyön tuloksena tutkijat totesivat työkyvyn tukeen liittyvän yhteistoiminnan esteeksi terveydenhuollon toimijoiden vähäisen tietämyksen toistensa tehtäväkentästä ja työn sisällöstä. Toimintaa ohjaavat diagnostiikkaa ja totutut hoitoa varten rakennetut toimintamallit. Lisäksi he toteavat, että yhteistyön tarpeen tunnistaminen edellyttää jäsentynyttä omaa toimintaa työkyvyn tukemisessa. Työterveyshuollon yksiköiden sisäisessä työnjaossa on myös selkiytettävää. Työkyvyn tukemiseen liittyvän tapauskohtaisen yhteistyön rakentaminen on arjen tilanteissa ollut haasteellista. Yhteistyön rakentaminen vaatii asiantuntijalta vahvaa omaa toimijuutta, konkreettisia yhteydenottoja ja ennakkokäsitysten voittamista. (Hakulinen & Laaksonen, 2015).

Työterveyshuollon koordinaattoroolia ja tehtäviä päästiin tarkastelemaan myös työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen yhteydessä (Kela, Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeet TK ja TK2; Seppänen-Järvelä, 2014, 2015a). TK2-kehittämishankkeesta vastasi Kelan terveysosaston kuntoutusryhmä ja kuntoutusmallia toteutti viisi kuntoutuksen palveluntuottajaa vuosina 2012–2014. Jokainen kuntoutuksen palveluntuottaja vastasi viiden kuntoutujaryhmän prosessista. Hankkeessa oli

mukana kaiken kaikkiaan 27 työnantajaa työterveyshuoltoineen. (Kela, 2014c; Seppänen-Järvelä ym. 2015a.) Hankkeen taustaoletus oli, että lähemmäs työelämää integroitu kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti räätälöity kuntoutusprosessi tuottaisi hyötyjä sekä kuntoutujalle että työpaikalle. Kuntoutusmalli oli tavoitteeltaan ammatillista kuntoutusta, jonka päämäärä oli työssä jatkaminen ja sen tukeminen. Kuntoutuspalveluna ja kuntoutumisprosessina TK2 -kuntoutus oli kuitenkin monialaista kuntoutusta, toimintakykykuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen yhdistelmä (Seppänen-Järvelä ym. 2014).

TK2-hankkeeseen kohdistuneen arviointitutkimuksen tehtävä oli arvioida kuntoutusmallin toteutumista ja toimivuutta sekä sen vaikutuksia ja hyötyjä kuntoutujan, työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen palveluntuottajan näkökulmista (emt). Tutkimus oli monimenetelmällinen ja moniaineistoinen, ja siinä koottiin sekä määrällisiä että laadullisia aineistoja (Seppänen-Järvelä ym. 2015a). Arviointitutkimukseen osallistui 27 eri työpaikalta 233 kuntoutujaa, 169 kuntoutujien esimestä, 25 HR-asiantuntijaa, näiden työpaikkojen työterveyshuoltotiimit, joissa yhteensä oli 151 työterveyshuollon edustajaa, sekä kehittämishankkeeseen osallistuneet viiden kuntoutuksen palveluntuottajan edustajat. (Emt.)

Kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuneiden työterveyshuoltojen edustajien kokemuksia ja arvioita prosessin toteutumisesta sekä tietoa työterveyshuollon roolista ja tehtävistä sekä kuntoutuksen vaikutuksista koottiin sähköisellä kyselyllä kuntoutuksen alkuvaiheessa (n = 131) sekä kuntoutuksen päätyttyä (n = 120) vuosien 2012–2014 aikana. Alkukyselyssä kartoitettiin vastaajien taustatietoja, kuntoutuksen valintaa, hakemista ja oikea-aikaisuutta, kuntoutuksen tarpeenmukaisuutta ja yksilöllisyyttä, kuntoutuspalvelun toteutusta ja toimivuutta, tiedonkulkua, yhteistyötä sekä eri toimijoiden rooleja. Loppukyselyssä kartoitettiin lisäksi TK2-kuntoutusmallin toteutumista, hyötyjä ja vaikutuksia sekä seuranta. Työterveyshuollon edustajille järjestettiin lisäksi viisi ryhmähaastattelua, joihin osallistui yhteensä 18 työterveyshuollon edustajaa. Ryhmähaastattelujen teemat olivat kuntoutustarpeen arviointi, yhteistyö, kuntoutuksen tuloksellisuus ja vaikuttavuus. (Emt.)

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeeseen osallistuneiden työpaikkojen työterveyshuollon edustajien mukaan työterveyshuollon tärkein rooli työkyvyn tukemisessa oli kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutujien valinta TK2-kuntoutukseen (Seppänen-Järvelä ym. 2015a; Juvonen-Posti ym. 2015a). Työterveyshuollon edustajat osallistuivat aktiivisesti monitoimijaiseen kuntoutusyhteistyötyöhön, jopa enemmän kuin TK2-malli lähtökohtaisesti edellytti. Kuitenkin yhteistyöhön osallistuminen vaihteli paljon työterveyshuollon eri edustajien ja eri työterveyshuollon palveluntuottajien välillä. Isoja eroja intensiteetissä oli yksittäisen työntekijän kuntoutumisprosessin seurannassa sekä yhteistyössä työpaikan ja kuntoutuspalveluntuottajan edustajien kanssa. Työterveyshuollon edustajienkin mukaan parhaimmat työhön liittyvät tulokset saavutettiin niissä kuntoutusprosesseissa, joissa esimiehet olivat sitoutuneesti mukana. TK2- arviointitutkimuksessa kootun aineiston perusteella työterveyshuollon edustajat eivät tunnistanee työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvää koordinaatiotehtävän kokonaisuutta kovin hyvin. TK2-mallin mukaiseen työterveys- ja kuntoutusyhteistyöhön osallistuminen toi siihen osallistuneille uusia oivalluksia ja kokemuksia siitä, että työntekijäkohtaisella yhteistyöllä saatiin tavoiteltuja työuratuloksia, joihin aiemmin ei ollut ylletty. Kuntoutusyhteistyöhön osallistuneet työterveyshuollon edustajat esittivät kehittämisajatuksia myös työterveyshuollon omaan prosessiin. Työterveyshuollon työkyvyn tukeen liittyvässä koordinaatiotehtävässä korostui eniten työntekijäkohtainen työ, ja yksilökohtaisessa työssä korostui kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutukseen ohjaus. Mutta jo kuntoutuksen jälkeisen seurannan toteutukseen liittyi suuri vaihtelu. Yhteistyötä työpaikan kanssa oli tyypillisimmillään eniten kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa, jolloin tiivistä vuoropuhelua muodostui joidenkin työntekijöiden prosesseissa. Työterveyshuollon edustajat odottivat verkostoyhteistyössä aktiivisuutta kuntoutuksen palveluntuottajilta.. (Emt., Juvonen-Posti ym. 2015b)

Työterveyslaitoksen Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn (HAHMOTUS 2013–2015) -selvitystyössä tavoitteena oli kuvata terveydenhuollon toimijoiden välisen yhteistyön nykytila, työkyvyn tuen tarpeessa olevien kohdalla työkyvyn- ja kuntoutustarpeen arvioinnin toteutuminen, resurs-

sien käyttö, tiedonkulku ja työterveyshuollon työkyvyn tuen koordinaation toteutuminen. Selvitystyötä tehtiin viiden sairaanhoitopiirin alueella ja yhteistyössä sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa. Selvitystyössä todettiin, että yhteistyö työterveyshuollon, muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden kesken vaihteli alueittain työkyvyn tukemisessa. Lisäksi löydettiin sekä toimivia ratkaisuja että kehittämishaasteita. Esimerkiksi työterveyshuollon ja terveydenhuollon välinen yhteistyö toteutui vain osassa verkostoja. Myös yhteistoimijuuden taso (vrt. Lindh 2013) vaihteli eri sairaanhoitopiireissä. Työhön paluun tukemisen yhdeksi esteeksi osoitautuivat toimijoiden erilaiset näkemykset työkyvystä. Ammattilaisten näkemysten erilaisuus saattoi mahdollistaa työntekijälle tai kuntoutujalle roolin passiivisena kohteena, mikä saattoi estää aktiivisen ja työhön paluuseen tähtäävän toimintakyvyn ylläpitämisen. (Tarvainen ym. 2015b.)

Edellä kuvattujen tulosten pohjalta tässä selvitystyössä pohdittiin myös työterveyshuollon case management -roolia: Millä keinoilla koordinaatio voi toteutua monimuotoistuvassa työelämässä? Miten työnantajan vastuuta voisi työkyvyn tukemisessa lisätä? Millaista terveydenhuollon yhteistyötä tarvittaisiin?

Todettiin, että työterveyshuollon keskeisenä tehtävänä on jatkossakin tunnistaa työkyvyn heikentyminen, ohjata oikeisiin toimenpiteisiin työkyvyn ylläpitämisen turvaamiseksi tai heikentyneen työkyvyn parantamiseksi, tehdä yhteistyötä työnantajan kanssa sekä koordinoida työkyvyn ylläpitämiseksi tarvittavaa prosessia. Tätä tehtävää tai prosessia ei kyseenalaistettu. Ongelmakohtia kuitenkin erotettiin työkyvyn tarpeen varhaisessa tunnistamisessa, työnantajien osaamisessa ostaa ja hyödyntää työterveyshuollon asiantuntemusta, työterveyshuoltopalveluiden laadun vaihtelussa ja sairaanhoitopainotteisuudessa sekä työterveyshuollon osaamisen riittävässä kehittämisessä työelämän murrokseen liittyen.

Tässä yhteydessä tarkoitettiin laatueroilla muun muassa sitä, että työterveyshuollon palveluntuottaja voi tyytyä tarjoamaan perinteisiä sairaanhoitopalveluita, terveystarkastuksia sekä esimerkiksi

työergonomian ohjausta, mutta vähemmän työvalmennuspalveluita ja työkyvyn heikentymisen ennaltaehkäisyä. Lisäksi tuotiin esille, että työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyössä on merkitsevää myös se, minkä merkityksen työnantaja antaa työkyvyn ylläpitämiselle, ja minkälaiseksi työnantaja hahmottaa työterveyshuollon roolin tässä prosessissa. Ratkaisuksi esitettiin työterveyshuollon valtakunnallista laatustandardia, jossa olisi määritelty selkeät kriteerit. Näihin laatustandardeihin olisi keskustelijoiden mielestä hyvä sisältyä vahvasti myös sosiaalivakuutuksen näkökulmat, sosiaaliturvaan liittyvä osaaminen, ohjaus ja sosiaalivakuutuksen koordinointi. Ylipäätään työterveyshuollon yhteyteen kaivattiin enemmän moniammatillista osaamista. Selkeimmin nähtiin puute sosiaalityön osaamisessa. Työterveyshuollon palvelukokonaisuus olisi rakennettava selkeämmin yrityskohtaisesti sen tarpeiden mukaan: sama malli ei sovellu ja ole siten tarjottavissa kaikille.

Erityisesti pienet toimijat voisivat integroida resurssejaan, tehdä enemmän yhteistyötä ja käyttää samaa tieto-taitoa.

Työkyvyn koordinaatioon liittyen tuotiin esille yhtenä ratkaisuna HR:ssa oleva työkykykoordinaattori, joka tuntee organisaation toiminnan, työtehtävät ja työympäristön. HR-työkykykoordinaattorilla on pysyvä neuvottelusuhde työterveyshuollon palvelutuottajaan ja hän osaa markkinoida myös yritykselle osatyökykyisten työkykyä. HR:ään sijoittuva työkykykoordinaatiotoiminta ei ole alisteista sairaanhoidolle, jolloin koordinaation fokus automaattisesti siirtyy sairauden hoidosta työkykyyn ja sen tuotannolliseen hyödyntämiseen. Ongelmiksi tunnistettiin pienet ja keskisuuret työpaikat, joilla ei ole henkilöstöhallinnon asiantuntijaresursseja, ja työpaikat, jotka ovat ulkoistaneet HR-funktion. Työuraansa suunnittelevien yksilöiden yhdenmukaisen ja reilun kohtelun näkökulmista työkykykoordinoinnin tulisi olla itsenäistä, taloudellisesti riippumatonta toimintaa.

Varhainen työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen toteutuu työssä olevilla varmimmin, kun se on esimiehen tehtävänä. Tältä osin oltiin siis valmiita vahvistamaan työnantajan tehtäviä edelleen. Yhtenä suurena työkyvyn tuki -toimintaan vaikuttavana haasteena nähtiin muuttuva työ. Esimies voi olla eri toimipisteessä kuin työntekijä. Globalisaatio vaikuttaa markkinoiden ja rahoituksen lisäksi

organisaatioiden organisoitumiseen toiminnallisesti ja työnjohdollisesti: työntekijän toimipaikka muuttuu usein, jolloin esimerkiksi työkyvyn institutionaalisen tuen (esimies ja työterveyshuolto Helsingissä) ja työntekijän (seuraavalla viikolla Kuala Lumpurissa) kohtaaminen tulee ratkaista uusin keinoin. Työtä ei aina tehdä säännöllisen työajan puitteissa työpaikalla: miten havaita ja kuka havaitsee työkyvyn muutokset, jos työtä tehdään yöllä tai viikonloppuna kotona? Ei ainoastaan työ, vaan itse työkyvyn käsite muuttuu. Mitä on *hyvä* työkyky ja mitä on *riittävä* työkyky kuvatu-
laisessa työssä ja sen tekemisen ympäristöissä? Työn vaatimukset muuttuvat perinteisissäkin töissä ja niissäkin syntyy uusia työtehtäviä. Kuinka työterveyshuolto voi tunnistaa työkyvyn ja osaamisen ongelmat ja osaa tarvittaessa ohjata työkyvyn tukemisen näkökulmista eteenpäin?

5.3.3 Tapauskuvaus Antin useista työkokeiluun pääsemisyrittäistä

Olemme edellä nostaneet toistuvasti esille työikäisten kuntoutusjärjestelmän piirteitä, jotka muodostavat esteitä kuntoutumiselle. Olemme todenneet, että työikäisten kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen, koska se koostuu useita eri osajärjestelmistä. Kuntoutuksen tavoitteet, ja sen sisältö vaihtelevat eri osajärjestelmissä, ja järjestelmä jo tästä syystä mahdollistaa väliinputoamisen. Kuntoutumisprosessille on harvoin asetettu yhdessä kuntoutuvan työikäisen kanssa tavoitteita koko kuntoutusprosessin ajaksi, vaan tavoitetarkastelu on osajärjestelmäkohtaista. Kuntoutuvan työikäisen näkövinkkelistä prosessin etenemistä ei seuraa tai tue kukaan. Työhön kuntoutuksen onnistunut toteutuminen on vielä hyvin monivaiheinen prosessi, jossa voi olla monta liitoskohtaa ja toimijaa. Edellä on kuvattu kuntoutusprosessia ja mainittu siihen osallistuvia eri toimijoita ja niiden välistä yhteistyötä ja yhteistyön haasteita. Seuraavassa on kuvattu kuntoutusprosessia yhden tapausesimerkin (tunnistetiedot muutettu) avulla.

Antti on 35-vuotias systeemisuunnittelija, joka töihin ajaessaan joutui liikenneonnettomuuteen. Kolarin toinen osapuoli oli syyllinen, joten lunastuskuntoon mennyt ajoneuvo korvattiin hänen liikennevakuutusyhtiönsä kautta. Antin kuntoutumisprosessi takaisin työelämään ei hoitunut yhtä yksiselitteisesti (ks. Taulukko 12).

Aika (kk)	1-2	3	4-7	8-12	13-17	18-20	21-27
Toiminta	sairauspoissaolo	työkokeilu	sairauspoissaolo	Työnhakijana sairausstatuksella	Työtön	osa-aikainen työkokeilu	työ (osa-aika)
Tulolähde	Työntantajan vakuutuslaitos ja Kelan sairauspäiväraha, työkokeilun aikana kuntoutusraha			Kelan sairauspäiväraha	Työttömyys-turva	Työttömyys-turva	Palkka+sovitettu työttömyys-turva
Kuntoutus	TTH	Työntantajan vakuutusyhtiö		Lääkinnällinen kuntoutus omalla kustannuksella			

Taulukko 12. Antin kuntoutuspolku takaisin työhön, aika kuukausina liikenneonnettomuudesta.¹⁶

Onnettomuuden tapahtuessa Antti oli työssä määräaikaisessa projektissa, joka oli päättymässä seitsemän kuukauden kuluttua. Jäljellä olevan työsuhteen aikana Antti sai kuntoutusta ensin työterveyshuollon kautta (kaksi kuukautta) ja sen jälkeen työntantajan tapaturmavakuutusyhtiön kustantamana avokuntoutuksena kuntoutuslaitoksessa, jossa oli asiantuntemusta Antin saamien vammojen hoidossa ja niiden kuntouttamisessa. Toipuminen eteni lääkinällisen kuntoutuksen aikana hyvin, mutta oireet eivät poistuneet. Antin työsuhteen päätyttyä hän jatkoi kuntoutusta omalla kustannuksellaan samassa paikassa, mikä mahdollisti kuntoutuksen ja tuen saamisen samalta fysioterapeutilta ja hoitavalta lääkäriltä. Oireiden jatkuessa pitkäkestoinen kuntoutus oli välttämätöntä työkyvyn saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Mutta koska mikään taho ei vastannut Antin lääkinällisen kuntoutuksen kustannuksista, Antti haki korvausta myös yksityisen tapaturmavakuutusyhtiönsä kautta. Sieltä tuli kuitenkin kielteinen päätös kaksi vuotta tapaturman jälkeen.

Antti yritti aktiivisesti kuntoutusprosessinsa aikana päästä työkokeiluun työkykynsä arvioimiseksi. Hän oli tietoinen, että vammautuneena avoimille työmarkkinoille työllistyminen olisi muuten vaikeaa. Myös Antin hoitava lääkäri oli arvioinut työkokeilun välttämättömäksi ja kirjoitti useita lausuntoja ja todistuksia eri vakuutusyhtiöille prosessin aikana. Ensimmäinen työkokeilu oli järjestetty kaksi kuukautta onnettomuuden jälkeen ja sen epäonnistuttua Antti teki lukuisia hakemuksia työkokeiluun työntantajan tapaturmavakuutusyhtiön, liikennevakuutusyhtiön, työeläkeyhtiön, Kelan ja TE-toimiston kautta. Antilla oli ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneena osaamista tarvittavan kuntoutustiedon etsimiseen ja erilaisten hakemusten täyttämiseen. Tämä prosessi oli kuitenkin niin monimutkainen, että Antin täytyi puolen vuoden hakemisen ja hylkäysten jälkeen palkata avukseen lakimies oikeuksiensa ajamiseen ja kuntoutumisprosessin aikana syntyneiden oikeusprosessien hoitamiseen. Alla on tarkempi prosessikuvaus työkokeiluun hakemisesta.

Antin yhdeksän yritystä päästä työkokeiluun:

¹⁶ Hakemuksia on lähetetty ja asiaa käsitellyt viisi kuntoutusta järjestävää tahoa.

- 1) Antille järjestettiin työkokeilu omalla työpaikalla oman työterveyshuollon tukemana työterveysneuvottelun jälkeen. Työterveysneuvotteluun osallistuivat työnantajan edustaja, työterveyslääkäri ja Antti. Kokeilu aloitettiin 30 %:n työajalla ensimmäisellä viikolla ja seuraavalla viikolla siirryttiin 50–60 %:n työaikaan. Oireet kuitenkin pahenivat ja kokeilu jouduttiin keskeyttämään.
- 2) Muutama viikko työkokeilun jälkeen Antin työpaikalla järjestettiin uusi työterveysneuvottelu, jossa kaikki osapuolet pitivät uutta työkokeilua tärkeänä. Uutta työkokeilua haettiin useaan kertaan neljä kuukautta onnettomuuden jälkeen neljän kuukauden ajan. Hoitava lääkäri piti työkokeilua välttämättömänä työkyvyn arvioimisen kannalta, ja myös Antin työpaikka oli halukas kokeiluun. Työnantajan tapaturmavakuutusyhtiö teki kuitenkin kielteisen päätöksen, koska työsuhte oli päättyvässä kolmen kuukauden sisällä suunnitellun kokeilun aloittamisesta. Kokeilua ei voitu aloittaa.
- 3) Seuraavaksi Antti haki työkokeiluun liikennevakuutusyhtiön kautta. Hakemukseen tuli kielteinen päätös. Päätös perustui kuitenkin väärään lakiin, ja kun siitä valitettiin, asia otettiin uuteen käsittelyyn. Kielteinen työkokeilupäätös ei muuttunut. Antti palkkasi lakimiehen hoitamaan asioitaan ja teki valituksen sekä liikennevahinkolautakuntaan että vakuutusosoikeuteen koskien oikeuttaan kuntoutuslainsäädännön mukaiseen työkokeiluun. Vakuutusosoikeudessa asia otettiin vireille 13 kuukautta onnettomuuden jälkeen. Oikeudessa asian käsittely vie 7–13 kuukautta. Haastatteluhetkellä käsittely oli vielä kesken.
- 4) Työpaikan vakuutusyhtiö ohjeisti Anttia hakemaan työkokeilua Kelalta. Antti teki valituksen työkokeilujen hylkäyksestä tapaturma-asioiden muutoksenhakulautakuntaan, jossa valitus hylättiin. Antti teki valituksen vakuutusosoikeuteen, jossa asia otettiin vireille lähes kaksi vuotta onnettomuuden jälkeen. Asian käsittely siellä vie 7–13 kuukautta. Haastatteluhetkellä käsittely oli kesken.
- 5) Antin työsuhteen päättyessä Antti oli ilmoittautunut työttömäksi työnhakijaksi TE-toimistoon tuetun työllistymisen linjalle ja tiedustellut mahdollisuutta päästä TE-toimiston kautta työkokeiluun. Antille ilmoitettiin, että hänen asiansa käsittely kuului Kelalle ja vakuutusyhtiöille eikä TE-toimiston kautta voinut näin ollen päästä työkokeiluun.
- 6) Antti yritti samanaikaisesti neljättä reittiä: työeläkelaitoksen kautta järjestyvää ammatillista kuntoutusta, joka järjestettäisiin työkokeiluna. Antin hoitava lääkäri kirjoitti todistuksia työkokeilun välttämättömyydestä työkyvyn arvioimiseksi. Työkokeilu olisi tullut järjestää työaika asteittain nostamalla ja sen olisi tullut kestää useamman kuukauden. Työeläkelaitos kehotti Anttia hakemaan kuntoutustukea (määräaikainen työkyvyttömyyseläke) samanaikaisesti ammatillisen kun-

toutuksen hakemisen kanssa. Antti sai hakemukseensa kuukauden kuluttua kielteisen päätöksen. Antti valitti hylkäyksestä työeläkeasioiden muutoksenhakulautakuntaan, josta kielteinen päätös tuli viiden kuukauden kuluttua. Antti valitti vakuutusoikeyteen. Vakuutusoikeydesta otettiin yhteyttä puolen vuoden kuluttua ja pyydettiin toimittamaan viimeisimmät lääkärintodistukset. Haastatteluhetkellä käsittely oli kesken.

- 7) Saatuaan kielteisen päätöksen työkokeiluun työeläkelaitoksesta Antti haki työkokeilua Kelan kautta. Tapaturmasta oli kulunut tässä vaiheessa vuosi. Edelliset kahdeksan kuukautta Antti oli yrittänyt aktiivisesti päästä työkokeiluun ja sitä kautta takaisin töihin. Vihdoin työkokeilu alkoi vaikuttaa mahdolliselta. Kela kehotti Anttia etsimään työkokeilupaikan. Antti löysi työnantajan, joka oli kiinnostunut Antin osaamisesta, ja työjärjestelyistä sovittiin työnantajan kanssa. Enää puuttui Kelan hyväksyntä. Kela teki kielteisen päätöksen. Antti valitti sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan ja sen hylättyä valituksen edelleen vakuutusoikeyteen. Valitus otettiin vireille noin 1,5 vuotta tapaturmasta. Haastatteluhetkellä käsittely oli kesken.
- 8) Antin sairauspäivärahakausi loppui vuoden kuluttua onnettomuudesta kestätyään 300 päivää. Kolme viikkoa ennen sairauspäivärahakauden loppumista Antti sai Kelalta kirjeen, jossa ilmoitettiin hänen olleen 150 päivää sairauspäivärahalla ja kerrottiin toimeentulomahdollisuuksista, jos sairaus yhä jatkuisi. Kirje kannusti Anttia tutustumaan kuntoutukseen ja osasairauspäivärahaan.
- 9) Antti siirtyi työttömyyspäivärahalle ja tiedusteli uudelleen mahdollisuutta TE-toimiston kautta järjestyvään työkokeiluun. TE-toimiston tehtäviin ei kuulunut avustaa työpaikkojen etsimisessä, mutta sieltä Antti sai lomakkeen työnantajan täytettäväksi, kun hän sellaisen löytäisi. Antin Kela-hakemusvaiheessa löytämä työpaikka ei ollut voinut odottaa lähes neljää kuukautta byrokratian järjestymistä ja Antin oli aloitettava etsintä uudelleen. Antti kirjoitti kolme hakemusta ja pääsi kahteen haastatteluun. Kokeilulla oli tässä vaiheessa kiire, sillä C-todistus olisi voimassa enää kolme kuukautta. Ongelmana oli myös työssä tarvittavien Antin vammasta johtuvien apuvälineiden hankinnan järjestäminen. Apuvälineet eivät kuuluneet TE-toimistolle, joka kuitenkin kustantaisi kokeilun. Antin työkokeilu toteutui vihdoon 15 kuukautta tapaturman jälkeen. Kokeilu toteutettiin hoitavan lääkärin ohjeiden mukaisesti työaikaa vähitellen nostaen 60 prosentista 100 prosenttiin. Myös työssä tarvittavat apuvälineet järjestyivät.
- 10) Antti ja työnantaja olivat tyytyväisiä työkokeilun tulokseen. Antti oli edelleenkin osatyökykyinen ja vammasta johtuvat oireet jatkuivat, joten Antti joutui käymään säännöllisesti fysioterapiassa, jonka hän edelleen kustansi itse. Kokeilun jälkeen Antti jatkoi työpaikassa lääkärin suosituksesta 80 prosentin työajalla. Antti sai lyhennettyyn työaikaan ensin kuukausittain haettavaa sovitettua päivärahaa. Puolen vuoden työjakson jälkeen oli tarkoitus harkita siirtymistä kokopäivätyöhön.

Mitä Antti ajattelee tässä vaiheessa? Antti olisi kaivannut kokonaisarvion tekevää tahoa. Olisiko Antti hyötynyt 1.1.2016 voimaan tulleen työtapaturma- ja ammattitautilain mukaisesta kolmen kuukauden kohdalla tehdystä ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviosta? Ja olisiko se muuttanut hänen kuntoutusprosessinsa kulkua? Antin tapauksessa tilannetta vaikeuttivat Antin työmarkkina-aseman muuttumisen lisäksi se, että työkyvyttömyys oli työmatkatapaturman seurausta. Antin työsuhte katkesi määräaikaisuuden loputtua ja muuttui sairausloman jälkeen työttömyydeksi. Eri tahoilla oli epäselvää, kuuluiko Antin kuntoutuksen järjestäminen työnantajan tapaturmavakuutusyhtiölle, liikennevakuutukselle, työeläkeyhtiölle, Kelalle vai TE-toimistolle. Hakeminen eri paikoista vaati omatoimisuutta ja sinnikkyyttä, vahvaa omaa toimijuutta. Hakijan oli myös hallittava hakemisjärjestys, mutta tietoa tästä oli vaikea saada. Antti sai neuvoja Vakuutuskuntoutuksesta, Finesta ja palkkaamaltaan lakimieheltä. Antin lääkinnällinen kuntoutus maksoi useita tuhansia euroja ja vaati koko perheen taloudelta paljon. Kaikesta ei olisi selvitty ilman perheen ja sosiaalisen verkoston tukea, itse kustannettua kuntoutusta, tarkkaa taloussuunnittelua ja muita voimavaroja, kuten uutta liikuntaharrastusta. Olisiko hän nyt työllistymisen sijasta työkyvyttömyyseläkkeellä, jos perheen talous ei olisi kestänyt ja voimat eivät olisi riittäneet hakemisrulljanssiin, Antti jää pohtimaan. Tärkeimmäksi muutoskohteeksi Antti nostaa työkokeilun nopean järjestämisen. Nyt sen järjestymiseen voi mennä kuukausia. Voisiko kokeilun järjestää ensin ja vasta sitten miettiä maksavaa tahoa? Antti kysyy haastattelun lopuksi.

5.3.4 Ammatilliseen kuntoutukseen työkykykoordinaattorin avulla?

Edellä kuvattuihin kysymyksiin liittyen haastateltiin Osatyökyiset työssä (Osku) -ohjelman edustajia. He perustelivat ohjelman tarvetta osatyökykyisten henkilöiden itsensä ilmaisemalla ohjauksen ja koordinaation tarpeella: osatyökykyiset kokevat, etteivät he saa tarvitsemiaan palveluja ja tukea tilanteensa hoitamiseen eivätkä toisaalta tiedä, mitä heidän pitäisi tehdä. Ratkaisuna näihin ongelmiin ohjelmassa tarjottiin työkykykoordinaattoria. Työkykykoordinaattorin ensisijaisena tehtävänä oli ottaa vastuu asiakkaan työkyvystä. Kokeiluissa toimiva koordinaattori ei voinut siirtää tai ohjata asiakasta toisaalle, vaan hänellä oli räätälöintivastuu henkilön koko prosessista ja edelleen vastuu

sen edistymisestä. Prosessivastuu korostui osatyökykyisillä, koska usein työkyvyn edistämisen varmistamiseksi tarvittiin useampia toimenpiteitä.

Ohjelman kehittäjien mukaan asiakkaan työkyvyn kehittämisen ja seuraamisen kiinnittäminen yhteen vastuuhenkilöön edistää asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaan kanssa toimimisen lisäksi työkyökykoordinaattorin tärkeä tehtävä on toimia yhteistyössä työntekijän, työnantajan tai -antajien ja työterveyshuollon sekä mahdollisten muiden toimijoiden kuten koulutuslaitosten kanssa. Ohjelman aikana työssä olevien osatyökykyisten kanssa työskentelevät työkyökykoordinaattorit olivat joko työnantajan henkilöstöhallinnossa tai työterveyshuollon palveluntuottajan palveluksessa. Haastattelutilanteessa ei vielä pystytty arvioimaan, millä tavoin ohjauksen ja koordinaation toteutukseen ja sisältöön vaikutti koordinaattorin asemapaikka ja sitä kautta tulevat valtuutukset. Osatyökykyiset itse olivat kokeneet myönteisenä tilansa seuraamisen, esimerkiksi kontaktin työkokeilun aikana. Työkyökykoordinaattorin yhteydenotto voisi lisätä osatyökykyisen omaa luottamusta kuntoutusprosessin toimivuuteen. Kun prosessi oli yhden toimijan hallinnassa, muutoksiin ja puutteellisuuksiin oli mahdollista puuttua yhdessä, eikä osatyökykyinen jäänyt ratkomaan näitä kysymyksiä yksin.

Osku-ohjelmassa toimivalta työkyökykoordinaattorilta vaadittava osaamisalue oli haastava ja laaja. Työkyökykoordinaattoreiden työtä tuettiin koulutuksen avulla. Ohjelman kehittäjät olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei käytännössä kukaan voi hallita koko etuus- ja palvelukenttää. Ohjelmassa olikin kehitetty erilaisia työkaluja eri pisteissä toimivien työkyökykoordinaattoreiden tueksi. Yksi tällainen oli verkkopalvelu, johon oli ollut tarkoitus koota kattava tieto ajantasaisesta lainsäädännöstä sekä esimerkkipolut erilaisille tapauksille. Näiden avulla oli mahdollista hahmottaa millaisia ratkaisuja ja työkyökyä tukevia toimenpiteitä oli tehty muualla mahdollisesti samantapaisessa tehtävässä toimivan osatyökykyisen kohdalla.

Hankkeessa työkykykoordinaattorille ohjautuminen vaihteli niissäkin työpaikoissa, joissa oli käytössä työkyvyn tuen toimintamalli, esimerkiksi varhainen puuttuminen sairauspoissaolojen kertymän perusteella. Hanketoimijat esittivät, että työnantajien tietoisuutta osatyökykyisten työllistämismahdollisuuksista, erilaisten joustojen toteuttamisesta ja niiden vaiheittaisista säätelystä tulisi lisätä. Työorganisaatioiden omat kokemukset osatyökykyisten työllistämisestä tulisi tehdä näkyviksi. Lisäksi työpaikkojen tulisi kehittää osana työkykyjohtamisen prosesseja mittaristoja ja niiden aktiivista, systemaattista käyttöä ja seuranta. Tällä tavoin työpaikka voisi parantaa omaan näyttöön perustuvaa tietoisuutta siitä, miten työkyvyn seuraaminen, tukeminen ja edistäminen toimivat ja ovatko nämä toimet olleet taloudellisesti kannattavia.

Työkykykoordinaatiossa olisi myös lisättävä yhteistyötä koulutusorganisaatioiden kanssa ammatillisen osaamisen tai uuden ammatin opetteluun varmistamiseksi tilanteissa, jossa mahdollisuudet jatkaa entisessä työssä eivät ole todennäköisiä. Uudelleenkoulutuspotentiaalia ei hankkeen edustajien mielestä ole hyödynnetty riittävästi osatyökykyisten kohdalla.

Ammatilliseen kuntoutukseen pääsemisen varmistamiseksi nostettiin esiin seuraavia näkökulmia. Ammatillisen kuntoutuksen prosessi tulisi käynnistää nopeasti asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta. Samalla kuntoutumisen aloituskynnykset tulisi saada nykyistä matalammiksi. Ammatillisessa kuntoutuksessa kuntoutusratkaisut tulisi saada lähelle osaksi työntekijän arkea ja työtä, ja kuntoutuksen toteutustavaksi osallistava kehittäminen. Lisäksi ammatillisen kuntoutuksen prosessi tulisi räätälöidä osatyökykyisen tarpeiden mukaisesti ja kuntoutusprosessin seuranta tulisi olla yhden henkilön (esim. työkykykoordinaattorin) vastuulla. Myös yhteistyöverkostossa eri toimijoiden näkökulma olisi saatava käännettyä työkyvyttömyydestä tai työkyvyn rajoittuneisuudesta jäljellä olevaan työkykyyn ja osaamiseen. Osatyökykyisyyden tunnistamista ja hallintaa olisi lisättävä kaikissa asiantuntijaryhmissä. Osatyökykyisen kanssa olisi heti kuntoutusprosessin alussa asetettava yhteisesti ammatilliset tavoitteet, mikä ohjelman edustajien mukaan on edelleen nykyisin harvinaista. Tärkeää olisi myös seurata näiden yhteisesti asetettujen tavoitteiden toteutumista.

Ammatillisten tavoitteiden kirjaaminen on välttämätöntä, etteivät työuraan liittyvät tavoitteet jää terveyteen ja toimintakykyyn liittyvien toimenpiteiden taustalle.

Osku-hanketoimijat esittivät vahvasti yksilölliseen ohjaukseen siirtymistä: yksi asiantuntija kantaisi vastuun asiakkaan rinnalla koko työkyvyn tukemisen ja kuntoutusprosessin ajan. Tällä tavoin varmistettaisiin asiakkaalle kokemus henkilökohtaisesta tuesta ja prosessin etenemisestä ja pystytettiin hoitamaan tarvittavat yhteydet verkostoitumisessa. Lisäksi tarvittaisiin työkyvyn säilyttämisen ja edistämisen prosessin systemaattista kehittämistä. Edelleen haastateltavat näkivät kehittämistarpeita kuntoutuksen ja tuen piiriin ohjautumisessa, prosessivastuussa, tavoitteiden asettamisessa, seurannassa mittaristoineen, keinovalikoiman tuntemuksessa ja niiden hyödyntämisosaimisessa. Yksilöllisen ohjauksen ja työkyvyn tuen prosessien napakoittamisen lisäksi Osku-hanketoimijat olivat tunnistaneeet tietotarpeita. Osatyökykyisyyttä koskevan osaamisen vahvistamiseen oli tarvetta usealla toimijalla.

Eri toimijoilla oli oma orientaationsa ratkaisujen kehittämisessä. Kaikkea osaamista tarvittiin, mutta moniammatillinen yhteistyö ei ollut aina toteutunut. Koordinaattorin vastuulla oli myös tarvittavan ammattitaidon kokoaminen asiakkaan ratkaisun ympärille. Hanketoimijat toivoivat entistä laajempaa alueellista verkostoitumista ja yhteistyötä julkisen ja yksityisen sektorin välillä sekä työpaikkojen, työterveyshuollon ja oppilaitosten välillä. Osku-hanketoimijat esittivät haasteen myös työkyvyn tuen ja kuntoutuksen käytännön toteuttajille ja palveluiden kehittäjille: vastaavatko käytössä olevat menetelmät tämänhetkisiä ja etenkin muuttuvia tarpeita optimaalisen työllisyyden edistämässä?

5.3.5 Työssä olevien pääsy ammatilliseen ja siihen liittyvään lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen

Kuntoutuksen mahdollisuuksia työssä olevien työkykynsä alentuneeksi kokeneiden tai osatyökykyisten työuran jatkamisen tukemisessa on arvioitu useista eri näkökulmista. Aslak- ja TYK-kuntoutukseen valikoituminen ei ole ollut työkyvyn ja työkyvyttömyysriskin näkökulmasta riittävän

tarpeenmukaista (Suoyrjö 2010; Saltychev 2012). Vuoden 2004 työeläkelakimuutoksen yksi tavoite oli ehkäistä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuutta ja tätä kautta vaikuttaa työurien pidentymiseen. Työeläkelakien mukainen ammatillinen kuntoutus on ollut suhteellisen pienivolyymista ennen viime vuosia. Tuhannen kuntoutettavan raja ylitettiin vuonna 1994 ja 10 000:n raja vuonna 2011. Vuonna 2013 työeläkekuntoutettavia oli jo yli 13 000. (Saarnio 2014.) Erityisesti kasvua on ollut 45 vuotta täyttäneiden kuntoutettavien määrässä eli niissä ikäryhmissä, joissa työkyvyttömyyseläkealkavuus on pienentynyt. Lakimuutoksesta, kuntoutettavien määrällisestä kasvusta ja ikärakenteellisesta muutoksesta huolimatta työeläkelakien mukaiseen ammatilliseen kuntoutukseen valikoituminen on edelleen tapahtunut työssä jatkamisen tai työhön paluun näkökulmasta liian myöhään (Gould ym. 2012). Kuntoutuksen käyttö työkyvyttömyyseläkettä hakeneiden kohdalla ei ole varhentunut: Vuonna 2011 yli 30-vuotiaiden alkaneita työkyvyttömyyseläketapauksia tarkastelemalla todettiin, että Kelan ja työeläkelaitosten järjestämään kuntoutukseen osallistuneiden osuus oli vähäinen ja kuntoutus painottui viimeisiin vuosiin. Tutkijat havaitsivat myös, että osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä oli ollut enemmän sairauspäivärahoja ja kuntoutusta ja vähemmän työttömyyttä kuin täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä. (Laaksonen ym. 2014)

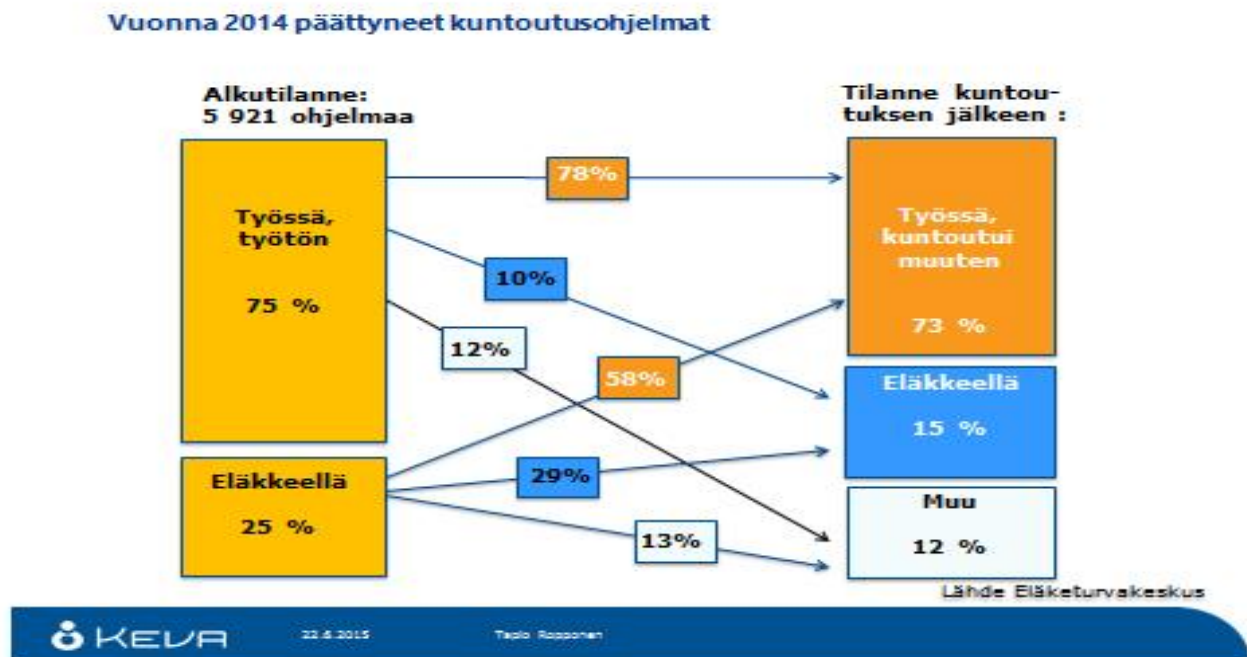
Työuravaikutusten näkökulmasta arvioituna Kelan ammatillinen kuntoutus ei ole toiminut mahdollisesti valikoitumisen, kuntoutuksen ajoittumisen tai sisällön suhteen optimaalisesti, koska kuntoutustoimenpiteiden jälkeen suuri osa ohjautui eläkkeelle (Suikkanen ym. 2010). Kuntoutumiseen valikoitumisessa sosioekonomiset erot ovat suuret suosien työelämään kiinnittyneitä ja paremmin koulutettuja, jotka ovat mahdollisesti hakeneet kuntoutukseen toimintakyvyn rajoittumisen varhaisemmassa vaiheessa (Pensola ym. 2012; Laaksonen ym. 2014). Kelan työkykyä ylläpitävästä varhaiskuntoutuksesta hyötyivät parhaiten ne henkilöt, joilla oli jokin perussairaus ja mielialaoireita ja jotka tiedostivat terveysongelmansa (Pasternack ym. 2015). Kuntoutuksen mahdollisuuksia ei työterveysyhteistyössä ja terveydenhuollossa ole osattu suunnitella tai käyttää varhaisessa vaiheessa osana työkyvyn tuki -prosessia (Juvonen-Posti ym. 2011; Saari 2012; Juvonen-Posti ym. 2014b; Laaksonen ym. 2014), vaikka esimerkkejä tavoitteellisesta ja tiivistäkin yhteistyöstä on kuvattu (Juvonen-Posti ym. 2014a). Lisäksi vaikuttavuuden näkökulmasta on kritisoitu

sitä, ettei ammatillisen kuntoutuksen fokuksessa ole ollut työssä jatkaminen tai työhön paluu ja että ammatillisen kuntoutuksen toteutus on ollut liian kaukana työstä ja työpaikasta (Ylisassi 2009; Suikkanen ym. 2010; Waddell ym. 2008; Härkäpää ym. 2013; Lindh 2013).

Tämän kritiikin pohjalta Kelassa kehitettiin työhönkuntoutusta. Toisen vaiheen arviointitutkimus osoitti, että TK2-kuntoutus kohdentui tarpeenmukaisesti (Seppänen-Järvelä ym. 2015a). TK2-kuntoutukseen valikoitui työntekijöitä, joilla oli muuta henkilöstöä enemmän sekä työhön liittyviä muutoksia ja kuormitustekijöitä että terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia. Kuntoutuksen myönteiset vaikutukset tulivat esille kuntoutujien arvioissa omasta työkyvystään. Työhön liittyviä myönteisiä muutoksia ilmeni erityisesti niissä tekijöissä, joissa kuntoutujien tilanne oli huonompi verrattuna muuhun henkilöstöön. TK2-kuntoutukseen osallistui mukana olleilta keskisuurilta ja suurilta työpaikoilta vakiintuneissa kokopäivätyössä olevia. (Seppänen-Järvelä 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015a). TK2-mallin mukainen kuntoutus tuki kuntoutujan työssä jatkamista edellyttäen, että kolme ehtoa täyttyivät. Kuntoutuksen tuli ensinnäkin mahdollistaa kuntoutujan toimijuus, toiseksi kuntoutuksen ajankohdan tuli olla kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden kannalta oikea-aikainen ja kolmanneksi esimiehellä/työnantajalla tuli olla valmius työn muokkaamiseen. Onnistuminen edellytti lisäksi työterveyshuollon aktiivista mukanaoloa ja yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa silloin, kun kuntoutustarve liittyi työkyvyttömyyden uhkaan. Myös vertaistuen merkitys korostui TK2-kuntoutumisessa (Seppänen-Järvelä ym. 2015b; Syrjä ym. 2015).

Työeläkelakien mukainen ammatillinen kuntoutus jatkoi lyhyellä aikavälillä työuraa (Gould ym. 2012). Niistä, joiden ammatillinen kuntoutus päättyi vuonna 2013, työelämässä jatkoi 59 prosenttia (Saarni ym. 2013). Välittömät työssä jatkamis- tai työhönpaluutulokset olivat hyviä myös Kevan järjestämän toiminnan osalta vuonna 2014 (ks. kuva 4). Työeläkelakien ammatillisen kuntoutuksen

pidempiaikaisista työuravaikutuksista ei ollut tutkimustietoa käytettävissä.



Kuva 4. KuEL:n mukaisessa ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden työmarkkinatilanne kuntoutuksen jälkeen (Eläketurvakeskus 2015, sähköpostitieto Tapio Ropponen)

Kattavaa tutkimustietoa ei ollut käytettävissä myöskään siitä, minkä verran esimerkiksi työeläkeläisten mukaisen ammatillisen kuntoutuksen avulla on mahdollisesti pystytty myöhentämään tai estämään pysyvää työkyvyttömyyttä. Yksittäisissä tapaustutkimuksissa on kuvattu, että aktiivisen työkyvyn tuki -yhteistyön avulla työkyvyttömyysriskissä olleiden työurat jatkuivat tapauskohtaisesti 2–4 vuoden ajan (esim. Juvonen-Posti ym. 2014a).

Työikäisten monialaisen kuntoutuksen käytännön toteutus ja työnjako kuntoutumisen osajärjestelmien välillä on koettu haastavaksi (Miettinen 2011; Ashorn ym. 2013; Rajavaara 2013). Kuntoutumisen järjestelmät mahdollistavat väliinputoamisen (Vehkasalo & Ojala 2013) ja kuntoutumisen keskeytymisen. Tuoreessa ammatillisen kuntoutuksen toimijoiden yhteistyötä kartoittaneessa tutkimuksessa asiantuntijat pitivät keskeisimpinä ongelmina ammatillisen kuntoutuksen vastuunjakoa, kuntoutusprosessin siirtymävaiheita ja toimijoiden välistä kommunikaatiota. Asiantuntijat arvioivat, että joidenkin toimijoiden välillä yhteistyö ja tiedonkulku oli parantunut. Tutkimuksessa

havaittiin yhteistyön sujuvuudessa jonkin verran paikkakuntakohtaisia ja alueellisia eroja. Kehittämistä asiantuntijoiden mukaan vaativat toimijoiden välit ylittävä asiakasyhteistyö, vastuunjako siirtymävaiheissa, organisaatioiden välinen yhteistyö esimerkiksi tietojärjestelmiä kehittämällä sekä epämuodollinen yhteistyö. (Liukko & Kuuva 2015).

5.3.6 Kelan AURA-kuntoutus

Työikäisten kuntoutus eli työhönkuntoutus määriteltiin Kelan Terveysosastolla kuntoutuksen kehittämistyön painoalueeksi vuonna 2006 (Kela: TK ja TK2). Työhönkuntoutuksen ensimmäisessä vaiheessa kokeiltiin seitsemää eri kuntoutusmallia. Kohderyhminä olivat yrittäjät, pätkätyöläiset, vakiintuneessa palkkatyössä olevat ja työttömät. Useita eri innovatiivisia elementtejä toteutettiin kehittämishankkeissa onnistuneesti. (Ala-Kauhaluoma & Henriksson 2011; Hinkka ym. 2015.) Kehittämistyön kokemusten (Rajavaara ym. 2009) tulosten perusteella rakennettiin työhönkuntoutuksen toisen vaiheen kuntoutusmalli

(Kela 2014c). Tämä TK2-malli pohjautui monitoimijaiseen verkostoyhteistyöhön, jonka sisällä räätälöitiin yksittäisten työntekijöiden kuntoutumispolkuja (Seppänen- Järvelä ym. 2015a). Mallia kekeiltiin vakiintuneessa palkkatyössä oleville, joskin yhtä kuntoutusryhmää pyrittiin suunnitteluvaiheessa kohdentamaan myös yrittäjille. TK2- kuntoutusmalli arvioitiin laajassa Kelan tutkimusosaston koordinoimassa tutkimuksessa. Moninäkökulmaisessa tutkimuksessa arvioitiin kuntoutusmallin toteutumista ja toimivuutta sekä sen vaikutuksia ja hyötyjä kuntoutujan, työpaikan, työterveys- huollon ja kuntoutuksen palveluntuottajan näkökulmista. Harkinnanvaraisen Aslak- ja TYK -kuntoutuksen korvaava AURA-kuntoutus oli valmisteltu alkavaksi vuonna 2016. Arviointitutkimustieto oli käytettävissä Kelan valmistellessa AURA-kuntoutusmallia.

Ratkaisujen Suomi -hallitusohjelmassa (2015) osana julkisen talouden sopeutusohjelmaa hallitus päätti lakkauttaa yhdeksän vuotta kestäneen kehittämistyön tuloksena syntyneen AURA-kuntoutuksen ennen kuin se ehti käynnistyä. AURA-kuntoutusmallilla olisi saavuttu uusimman tutkimus-

tiedon mukaan niitä vaikutuksia, joita kehittämistyössä muun muassa työssä jatkamisen osalta tavoiteltiin (Seppänen-Järvelä ym. 2015a,b), vaikka kehittämistarpeita esimerkiksi työterveysyhteistyössä tapahtuvaan kuntoutuksen kohdentamiseen ja mallin toimeenpanon liittyen löytyikin (emt.). Harkinnanvaraisella rahoituksella toteutettuun Aslak ja TYK-kuntoutukseen osallistui vuonna 2014 noin 13 000 kuntoutujaa (Kela 2015d). Päätös heikentää työssä olevien kuntoutukseen pääsyä ja myöhentää erityisesti työhön integroituneeseen kuntoutukseen pääsyä. Jos ajatellaan, että AURA-kuntoutus voitaisiin korvata kokonaan työpaikan järjestämänä toimintana, niin tähän liittyen TK2-kuntoutuksen arvioinnissa havaittiin, että kuntoutumistarpeisin vastaamisen ja työuravaikutusten tuloksellisuuden näkökulmista monitoimijainen tavoitteellinen yhteistoiminta vain pieneltä osin olisi voitu toteuttaa pääosin työpaikalla. (Seppänen-Järvelä ym. 2015 a,b). Tämän selvityksen ulkopuolelle jää keväällä 2016 käynnistyneen KIILA-kuntoutuksen vastaaminen varhaiseen työkyvyn heikentymisen ehkäisemisen haasteisiin. KIILA-kuntoutuksen on tarkoitus korvata TYK ja se on suunnattu vakituisissa tai toistuvissa määräaikaissa työsuhteissa oleville sekä yrittäjille, joilla on joko parhaillaan tai lähivuosina odotettavissa oleva työkyvyn heikentyminen. (ks. Kela?)

5.3.7 Oikeus työeläkekuntoutukseen 1.1.2015 alkaen ja työtapaturma- ja ammattitautilaissa voimaan tulevat muutokset ammatilliseen kuntoutukseen

Eduskunta hyväksyi syksyllä 2014 lakimuutoksen, jonka mukaan työeläkelaitoksen tulee 1.1.2015 alkaen selvittää työkyvyttömyyseläkettä hakevan henkilön oikeus työeläkekuntoutukseen. Jos myöntämisedellytykset täyttyvät, tulee työkyvyttömyyseläkettä hakevalle antaa työkyvyttömyyseläkeratkaisun lisäksi ennakkopäätös työeläkekuntoutuksesta. Tavoitteena tällä muutoksella oli nopeuttaa henkilöiden pääsyä tarpeelliseen kuntoutukseen. Työeläkeyhtiössä ennakkopäätökset oikeudesta ammatilliseen kuntoutukseen ovat lisääntyneet alkuvuoden 2015 aikana tämän lakimuutoksen seurauksena¹⁷. Epäselvää on, johtavatko työkyvyttömyyseläkeprosessin yhteydessä annetut kuntoutuksen ennakkopäätökset selkeään lisääntymiseen myös kuntoutussuunnitelmien

¹⁷ Esim. Keväällä vuonna 2014 tehtiin 2 710 päätöstä oikeudesta ammatilliseen kuntoutukseen ja 31.5.2015 mennessä vastaavia päätöksiä oli alkuvuoden aikana tehty 2 025 (sähköpostitieto, Ulla Palmroos)

määrissä. Asiantuntijat ovat aiemmin arvioineet eri yhteyksissä, että tässä vaiheessa käynnistyisi ammatillisen kuntoutumisen prosesseja enää harvoin.

Eduskunta hyväksyi syksyllä 2014 myös toisen lakimuutoksen, jonka perusteella sekä työeläkelaitosten että Kelan hylkäävien etuuspäätösten perusteluja on pitänyt vuoden 2015 alusta tarkentaa aikaisemmasta. Hylkäävien päätösten perusteluista on nyt käytävä paremmin ilmi, miksi haettu etuus on evätty. Jos kielteinen päätös perustuu lääketieteellisiin seikkoihin, perusteluihin tulee kirjata, mitkä asiat ovat vaikuttaneet tapauksen arviointiin ja mitä johtopäätöksiä niiden perusteella on tehty. Muutosten toteutumisesta tai merkityksestä ei ole vielä ollut käytettävissä tietoa. Lisäksi vuoden 2017 työeläkeuudistuksessa sovittiin, että työeläkekuntoutuksen ikärajaa muutetaan vanhuuseläkkeen ikärajaan vastaavasti. Lähellä vanhuuseläkeikää olevien kuntoutus tulee järjestää niin, että henkilö voi vielä kuntoutuksen jälkeen palata työhön. Toisin sanoen myös työeläkelakien mukaiseen ammatilliseen kuntoutukseen on odotettavissa nykyistä iäkkäämpiä kuntoutujia.

Myös uusi työtapaturma- ja ammattitautilaki on vahvistettu ja laki tuli voimaan 1.1.2016. Lailla kumottiin tapaturmavakuutuslaki ja tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annettu laki (nk. tapaturmavakuutuksen kuntoutuslaki). Uudessa laissa korostetaan ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta. Ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta korostaa se, että uuden lain mukaan ammatillisen kuntoutuksen tarve on selvitettävä kolmen kuukauden sisällä. Lääkinnällinen kuntoutus on uudessa laissa jatkossa osa sairaanhoitoa kuten voimassa olevassa terveydenhuoltolaissa. Muutoksen odotetaan vaikuttavan siten, että lain voimaantulon jälkeen ammatilliseen kuntoutukseen pääsy nopeutuu.

5.3.8 ”Byrokriakioski” ja muita ratkaisuja

Tässä selvitystyössä pohdittiin myös työhön pääsyn ja työssä pysymisen näkökulmista, millaisilla palkan ja sosiaaliturvan ratkaisuilla päästäisiin nykyistä joustavampiin työnteon, työkyvyn alene-

misesta johtuvan tuotannon aleneman ja kuntoutumisen, toipumisen ja työhön osallistumisen ratkaisuihin. Työntekijän osalta sosiaaliturvajärjestelmän kannustinloukut todettiin ongelmallisiksi. Esimerkiksi siirryttäessä kuntoutustuelta työhön etuuksien väheneminen tai poistuminen kokonaan voi johtaa työntekijän henkilökohtaisen talouden näkökulmasta kestävämpään tilanteeseen. Tämä nähtiin toistuvana ongelmana. Kaiken kaikkiaan työntekijälle voi nykyjärjestelmässä kohdistua liian suuri vastuu työkyvyn hallinnasta.

Yhtenä mahdollisena ratkaisuna esitettiin työkyvyttömyyseläkkeiden ja ansiotulojen yhteensovittamiseen niin sanottua lineaarista mallia (vrt. STM2013a), jonka avulla työn tekeminen voitaisiin mitoittaa joustavasti jäljellä olevan työkyvyn mukaan. Tällä hetkellä *"ansaintaraja määrittää työntekoa enemmän kuin työkyky"*, mikä ei ole taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti kestävä ratkaisu. Myös sitä, että kunnalliselle työnantajalle ei aiheudu työntekijästä varhaiseläkemenoperusteista (ns. varhe) maksua, jos työntekijä jää osittaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle täyden sijaan, pidettiin työnantajalle osatyökykyisen työssä pitämiseen kannustavana järjestelmänä. Osatyökykyisten työllistämisessä nähtiin keskeiseksi välineeksi myös työehtosopimukset: tarvittaisiin keinoja työn ja palkan sekä tukien yhteensovittamiseen, silloinkin kun palkkatuen osuus on esim. 20 prosenttia.

Tavoitteena tulisi olla kaikille toimijoille samanlainen malli työnteon ja tukijärjestelmien yhteensovittamisesta osatyökykyisillä. Selvityksessä pohdittiin myös, miten työehtosopimukset vaikuttavat neuvotteluihin työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon välillä työtehtävien muuttamisesta, palkanmaksun sopeuttamisesta yms. vastaamaan jäljellä olevaa senhetkistä työkykyä. Esille nousi tärkeitä kysymyksiä siitä, kenelle taloudellinen vastuu kuuluu: Kun työtehtäviä joudutaan keventämään ja työaika lyhentämään, miten yhteiskunta on valmis kompensoimaan alentunutta ansaintatasoa? Miten ja kenen osatyökykyä tuetaan? Milloin koulutetaan uusiin tehtäviin, milloin muokataan vanhoja, milloin vaihdetaan työnantajaa ja millä edellytyksillä? Kuinka paljon yhteiskunnan pitäisi tehdä? Minkä verran työkyvyttömyyden taloudellisesta riskistä on jatkossa yksinomaan yksilöllä?

Työnantajille kaivattiin työkyvyn tukemiseen ja osatyökykyisten työllistämiseen lainsäädännöllisiä porkkanoita. Erityisesti työnantajien tietämystä osatyökykyisten työkykyisyydestä ja tekemän työn tuottavuudesta tulisi lisätä. Eri-ikäisten ja osatyökykyisten palkkaaminen olisi tehtävä työnantajille kannattavaksi. Lainsäädännöllisesti tätä voi ohjata kohdistamalla suuremmat työnantajan työeläkemaksut niihin, joihin työn kysyntä kohdistuu eniten, eli esim. 28–45-vuotiaisiin. Lisäksi esitettiin, että ikääntyvän työntekijän tuotannollis-taloudellisista syistä irtisanovalle työnantajalle jäisi riski mahdollisesta työkyvyttömyydestä, ei uudelle työnantajalle.

Yrittäjiä ja pientyöpaikkoja varten ideoitiin "byrokratiakioski": yksi paikka, josta saisi prosessiohjauspalvelua, ts. päätöksentekoa ohjaava palvelu. Pientyöpaikalla erityisesti ja muuallakin yhdellä työnantajalla voi olla useita vuosia väliä osatyökykyisten palkkaamisessa. Työnantaja voisi yhdestä paikasta saada kaiken keskeisen tiedon osatyökykyisen palkkaamiseen ja työkyvyn ylläpitoon liittyvistä asioista. Tämä palvelu olisi sijoitettava johonkin olemassa olevaan organisaatioon. Jos palvelut olisivat saatavissa maakuntatasolla, varmistuisi se, että käytettävissä on alueellinen tieto terveydenhoito-, kuntoutus- ja sosiaalipalveluista sekä työmarkkinoista ja muista ihmisen arkeen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitetilaksi asetettiin, että palvelu voisi *"joustavasti hoitua jollain tietokoneilla."*

5.4 Pohdintaa työllisten ammatillisesta kuntoutuksesta

Varhainen puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen ei 30/60/90-lainsäädännön toimeenpanon alkuvaiheessa toteutunut tavoitellulla tavalla. Pian lain voimaantulon jälkeen tehdyt työssäjatkamissuunnitelmat olivat vaatimattomia ja työterveysyhteistyötä tehtiin vähän (Juvonen-Posti ym. 2014b). Työeläkeyhtiöiden edustajat ovat kuvanneet työterveyshuoltojen yhteydenottojen lisääntyneen heihin päin viime aikoina ammatillisen kuntoutuksen kysymyksissä ja arvioivat sen johtuvan tästä lakimuutoksesta.

Työterveyshuollon ennaltaehkäisevään työhön kasattiin työssä olevien työurien jatkamiseen liittyneiden uudistusten yhteydessä paljon odotuksia ja uusia tehtäviä. Työterveyshuollon rooli ja tehtävät työkyvyn tukemisessa laajenivat kuntoutustarpeen tunnistamisesta ja kuntoutukseen ohjauksesta työterveysyhteistyöhön ja kuntoutumisen seurannan lisäksi hoidon ja kuntoutuksen koordinointiin. Nämä odotukset haastavat varsin voimakkaasti nykyisen sairaanhoitovaltaisen työterveyshuollon toteutuksen. Työterveyshuollot tunnistivat rooleistaan yksilön kuntoutustarpeen havaitsemisen, kuntoutukseen ohjauksen ja yhteistyön työpaikan kanssa. Koordinaatio- ja seurantarooli tunnistettiin huonommin ja se myös toteutui vaihtelevasti. Myös terveydenhuollon ja kuntoutuksen verkostossa työterveyshuollon nykyrooli tunnetaan huonosti, terveydenhuollon sisällä ei tunneta toisten työtä, ja yhteistyössä on suuret alueelliset vaihtelut.

Työterveyshuollon on edelleen kehitettävä omaa rooliaan työkyvyn tukemisessa. Kuitenkin jos työterveyshuollon ja asiakasorganisaation prosessit eivät kohtaa, olivatpa syyt mitä tahansa (ks. Rokkanen 2015), työuravaikutuksia on vaikea saavuttaa. Työkyvyttömyyden vähentämisen näkökulmasta kuntoutuksen eri mahdollisuuksia ei ole otettu riittävän varhain ja riittävän kattavasti käyttöön 2010-luvulla työssä olevien työssä jatkamisen tukemisessa. Yrittäjien, määräaikaissä tai osa-aikaissä työssä olevien (esim. henkilöstöpalveluyritysten kautta) ja muuten itsensä työllistävien mahdollisuudet ammatilliseen kuntoutukseen ovat osin kiinni siitä, että eri kuntoutusvaihtoehtoja ja -mahdollisuuksia ei tunneta eikä niitä aktiivisesti tarjota ja osin myös siitä, että kuntoutuksen aikaisen toimeentulon ei katsota mahdollistavan kuntoutuksen aloittamista.

Työssä olevien pääsyssä ammatilliseen ja muuhun monialaiseen kuntoutukseen on tapahtunut kahdensuuntaisia muutoksia. Tehtyjen ratkaisujen ja osallistuneiden määrä on noussut työeläkelaitosten järjestämässä kuntoutuksessa 17 prosenttia (2012 vs. 2013) ja kuntoutukseen pääsee vanhempana kuin ennen. Kuntoutuksen mahdollisuudet työurien jatkamisessa ja työkyvyttömyyden vähentämisessä ovat kuitenkin edelleen alikäytettyjä. Kelan TK2-kehittämishankeessa kuntou-

tus kohdentui tarpeenmukaisesti ja oli myös kuntoutujien mielestä oikea-aikaista (Seppänen-Järvelä ym. 2015a). Työeläkelakien mukaisen kuntoutuksen kohdentumisesta ja oikea-aikaisuudesta tarvitaan uutta tutkimustietoa: aiemman tutkimustiedon (Gould ym. 2012) mukaan kuntoutus ajoittui usein liian myöhään.

Tuoreessa ammatillisen kuntoutuksen toimijoiden yhteistyötä kartoittaneessa tutkimuksessa asiantuntijat pitivät keskeisimpinä ongelmakohtina ammatillisen kuntoutuksen vastuunjakoa, kuntoutusprosessin siirtymävaiheita ja toimijoiden välistä kommunikaatiota. Osatyökykyiset työssä -ohjelman asiantuntijat esittivät ratkaisuksi työkykykoordinaatiota. Vastaava koordinaatio voidaan rakentaa osaksi monitoimijaisen toteuttajajoukon, kuten työntekijän, työpaikan eri edustajien, työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten, yhteistä ammatillisen kuntoutuksen palveluprosessia ja kuntoutumisen tukiprosessia. Kelan TK2-kuntoutukseen liittyneessä tutkimuksessa todettiin, että vastuutahon löytyessä monitoimijainen verkosto pystyy tukemaan kuntoutumisprosessia (Seppänen-Järvelä ym. 2015b).

Edellä esitettyjen tulosten perusteella voidaan todeta, että vaikka kuntoutusta suomalaisessa terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa ei ole pidetty strategisena yhteistyökumppanina eikä sitä ole liitetty systemaattiseksi osaksi hoitoa, niin vastuutahon löytyessä monitoimijainen verkosto pystyy muodostamaan yhteisen näkemyksen ja toimimaan kuntoutujan tukena kuntoutumisprosessin aikana (vrt. Seppänen-Järvelä ym. 2015a). Lisäksi kuntoutuksen mahdollisuudet työuran tukemiseen ovat monin osin jääneet käyttämättä tai kuntoutuksen mahdollisuudet on otettu käyttöön työssä jatkamisen näkökulmasta liian myöhään.

Työterveysyhteistyössä käytännöt ovat vasta kehittymässä. Työkyvyn tuki -toiminnassa, sen kohdentamisessa ja vaikuttavuudessa on työpaikkojen toimialan, koon ja työkyvyn tuen kulttuurin mukaisesti suurta vaihtelua. Työelämää muokkaa meneillään oleva laaja murros. Muutokset näkyvät muun muassa globaaleina työmarkkinoina, liikkuvan työn lisääntymisenä, pilkkoutuneena tai

pätkittäisenä sekä osa- ja määräaikaisena tai epäsäännöllisenä työnä ja työurana. Lisäksi perinteiseen palkkatyöhönkin ulottuu muutoksia, joita tuovat alihankinnan, ulkoistamisen ja digitalisointi aiheuttamat muutokset työprosesseihin, -tiimeihin ja -yhteisöihin esimerkiksi monipaikkaisuutena.

Tämä murros haastaa nykyisen tavan järjestää työkyvyn tuki ja ammatillinen kuntoutus työikäisille monella tapaa. Yhdenvertaisuuden tulee kehittyä siten, että työssä olevan ja työtä hakevan (työttömän) työmarkkina-aseman eron merkitys työkyvyn tukeen vastaamisessa kapenee tai häviää. Joka tapauksessa jo nyt useissa työnorganisointimalleissa yksilöllisen tuen tarpeen havaitseminen esimiehen toimesta (nk. varhaisen tuen tarpeen havaitseminen) on monesti käytännössä vaikeaa. Esimiehen tai työyhteisön omaan havainnointiin perustuvien puuttumiskäytäntöjen rinnalla voi nousta kahdenlaisia uusia käytäntöjä. Yhtenä vaihtoehtona on, että työntekijät nostavat itse aikaisempaa aktiivisemmin oman tuen tarpeensa esille. Tämän kaltaisen kulttuurin kehittyminen vaatisi työelämältä ja työpaikoilta korkeaa luottamuksen tasoa, jota ei ehkä tällä hetkellä tapahtuvissa muutoksissa ole nähtävissä. Murros voi toisaalta korostaa puuttumiskäytäntöjä, jotka perustuvat kaikista työntekijöistä koottavaan samanlaiseen tietoon, kuten sairauspoissaolotietoon. Työterveysyhteistyössä tulisi myös näitä prosesseja kehittää siten, että niiden avulla olisi mahdollista saada erilaisissa töissä ja työuran eri vaiheissa olevien henkilöiden työkyvyn tuen tarve riittävän varhain esille.

Työkyvyn tukeminen tulee saada kaikenkokoisten työpaikkojen ja niiden työterveyshuoltojen yhteiseksi intressiksi.¹⁸ Kuntoutustarpeen havaitseminen ja kuntoutusmahdollisuuksien kohdistaminen tulisi ulottaa koko henkilöstöön, myös määrä- ja osa-aikaisiin. Lainsäädäntömuutoksilla tavoitellut työuravaikutukset eivät ole ilman kuntoutuksen keinoja saavutettavissa: työterveyshuolloissa

¹⁸ Työnantajan työkyvyttömyysriskiin perustuva maksuluokkamalli voisi olla kannustava järjestelmä, jolla voi olla vanhimmissa ikäryhmissä täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle ja kuntoutustuelle siirtymistä vähentävä vaikutus, vaikka selkeää näyttöä ei tästä ole (ks. Kyyrä, Tuomala ja Ylinen 2012).



ja työterveysyhteistyössä kuntoutus tulee ottaa osaksi strategista yhteistyötä. Tarvitaan uusia ratkaisuja, aktiivista ja kommunikatiivista työtettä ja asennetta ja kuntoutusjärjestelmän vastuutaho(ja), jo(t)ka koordinoi(vat) tarvittavien verkostojen rakentamista. Työterveysyhteistyössä kehittämisen painopisteeksi tulisi nostaa työssä jatkamisen tuen sisällöt ja prosessit.

6 SELVITYSTYÖN YHTEENVETO JA RATKAISUEHDOTUKSET

Pirjo Juvonen-Posti, Tiina Pensola, Peppi Saikku, Katariina Hinkka, Karoliina Koskenvuo

Tässä luvussa esitetään selvitystyön yhteenveto ammatillisen kuntoutuksen työnjaossa tapahtuneista muutoksista (liite 1) ja niiden mahdollisista vaikutuksista kuntoutukseen pääsyyn, tukeen ja seurantaan eri asiakastilanteissa. Lisäksi esitetään ratkaisuehdotuksia rajapinnat ylittävään yhteistyöhön väliinputoamisten ja kuntoutumisen keskeytymisen estämiseksi. Loppuun on koottu ammatillisen kuntoutuksen kehittämistarpeiden määrittelyä sekä jatkoselvitys- ja tutkimustyöaiheita. Selvitystyössä Työterveyslaitos vastasi selvityksestä työssä olevien osalta sekä selvitystyön koordinoinnista ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos vastasi selvityksestä työttömien osalta. Kelan tutkimusosasto vastasi osaselvityksestä, jossa tarkasteltiin vuoden 2014 alusta voimaan tulleen Kelan ammatillista kuntoutusta koskeneen lakimuutoksen toteutumista ja merkitystä.

6.1 Kohti koordinoitua yhteistoimintaa

Selvitystyössä pohdittiin myös sitä, mikä voisi olla asiakaslähtöisen ammatillisen kuntoutuksen tulevaisuus, mitä tämä lähtökohta edellyttää työnjaolta, yhteistoiminnalta ja ohjaukselta. Millaisia muutoksia ammatillisen kuntoutuksen eri toimijoiden käytäntöihin tulisi luoda, jotta tapauskohtainen asiakkaan kuntoutumista tukeva yhteistyö voisi käytännössä toteutua alueellisesti ja paikallisesti? Millä osaamisella, organisoimisella, käytännöillä ja resursseilla yhteistyö toteutettaisiin? Lisäksi esille nousivat kysymykset siitä, millaista ammatillisen kuntoutuksen valtakunnallista koordinaatiota Suomeen tarvitaan ja miten se tulisi organisoida ja resursoida.

Ammatillisen kuntoutuksen asiakasprosesseihin esitettiin proaktiivista eturintamaa, "frontlinea", johon määriteltiin Kela, TE-palvelut, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ja kunta. "Eturintaman" toimijoiksi määriteltiin vastaavat tahot, jotka ovat olleet kuntoutuksen asiakasyhteistyövastuussa. Aiemmasta poiketen asiakasprosesseihin toivottiin toimijoiden välistä elävää yhteistoimintaa hallinnollisen työn- ja vastuunjakokeskustelun sijaan. Lisäksi todettiin, että asiakaslähtöisen ammatil-

lisen kuntoutuksen toimivuus vaatii varhaisia reittejä, osaamista ja ohjausta. Kela ja TEM ovat valmisteet yhteistyössä toimintaohjeen yhteistoimintaan työttömien osatyökykyisten osalta. Lisäksi toivottiin ammatillisen kuntoutuksen kysymyksiin liittyvää alueellista hallinnollista osaamista tiedon jakamisen ja osaamisen kehittämisen osalta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Toimivista malleista on esimerkkejä kunnissa, kuten Hyvinkäällä, jossa pitkäaikaistyöttömien terveydenhoitohanke jäi elämään ja toimintatapaohjeet ovat olemassa.

Ammatillisen kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ja koordinaatiota pidettiin tärkeänä. Samassa yhteydessä kuitenkin todettiin, että neuvottelukuntien aika on ohi. Ammatillisen kuntoutuksen palveluiden valtakunnallisesta ohjauksesta ja koordinaatiosta tulisi vastata monitoimijainen työryhmä, "sopivan tason työnrkki". Ammatillisella kuntoutuksella tulisi olla oma työryhmä, joskin liiallinen kuntoutuksen eri osien lokeroiminen voi aiheuttaa myös ongelmia. Esimerkiksi sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen todettiin sisällöllisesti olevan lähellä toisiaan. Haittaavana tekijänä liiallisessa lokeroimisessa nähtiin myös se, että ohjaus ja koordinointi perustuvat edelleen siihen "kuka maksaa eikä asiakkaan tarpeeseen". Todettiin, että samaan, toimivaan kuntoutusprosessiin asiakas voi tulla eri reittejä. Tämä voisi toisaalta toimia perusteena kuntoutuksen laajalaiseen käsittelyyn myös kuntoutusalan työryhmissä. Toisaalta kuntoutusprosessissa haasteena voi olla "samojen työkalujen käyttö" perustuipa kuntoutustarve ensisijaisesti sairauteen, sosiaalisiin syihin tai syrjäytymisen uhkaan riippumatta kuntoutujan kokonaistilanteesta ja hyödyntämättä mahdollisesti käytettävissä olevia voimavaroja. Eri tarpeita varten tulisi olla perustettavissa määräaikaista työryhmiä, jotka valmistelisivat ja tekisivät ehdotuksia lainsäädännöllisiä ja muita muutoksia varten.

Pohdintaa herätti kysymys kuntoutuksen kohdentumisesta: saavatko henkilöt, joilla on selvä työkyvyn rajoittumisen uhka, kuntoutusta silloin, kun on optimaalisin hetki parantaa heidän työkykyään, tukea sen säilymistä tai parantaa työllistymisen todennäköisyyttä ja työssä jatkamista. Esitet-

tiin kysymys, mitä tapahtuisi, jos ammatillinen kuntoutus avattaisiin kaikille, jotka kokevat sitä tarvitsevana. Poistaisiko tämä kuntoutuksen kohdentumiseen liittyvän epäoikeudenmukaisuuden? "Näkykö, ettei kuntoutusprosessiin pääsy ole oikeudenmukaista?" Onko tällä hetkellä niin, että "tarjotaan, mitä tarjolla on" eli "sama palvelu ongelmasta riippumatta". Lopettaisiko avoin kuntoutusjärjestelmä myös pomputtelun? Näiden retoristenkin kysymysten taustalla oli ajatuksia siitä, millä keinoin kuntoutusjärjestelmä toimisi resursseihinsa nähden ja tavoitteidensa kannalta mahdollisimman tehokkaasti. Tällä hetkellä ammatillisen kuntoutuksen "kuntoutusportin" avaa diagnoosi: ilman sitä ei pääse prosessiin. Ongelmat eivät kuitenkaan ole aina ensisijaisesti tai lainkaan sairaus- tai vammalähtöisiä, ja toisaalta sama sairaus voi aiheuttaa erilaisia ongelmia henkilöstä ja työn vaatimuksista ja muista työolosuhteista riippuen. Jos kuntoutuksella pyritään ratkaisemaan ongelma ja saavuttamaan asetettu tavoite, joka ammatillisella kuntoutuksella tulee aina olla työllistyminen, työssä pysyminen, työkyvyn säilyttäminen tai parantaminen, diagnosilähtöisyys voi olla väärä tapa aloittaa prosessi, jos keskeinen ongelma liittyy esimerkiksi osaamiseen tai sosiaaliin kysymyksiin eikä selity mahdollisella diagnoosilla.

Lakimuutoksen myötä työeläkekuntoutuspäätökset ovat lisääntyneet vuoden 2015 aikana. Työkyvyttömyyseläkkeen hakijat, joille näitä päätöksiä on tehty, ovat olleet vuoden poissa töistä, mutta heillä ei ole ollut tietoa ammatillisesta kuntoutuksesta, jonka mahdollisuus on eläkehakemusvaiheessa tullut hakijalle täytenä yllätyksenä. Tässä joukossa on voinut olla henkilöitä, joille työkyvyttömyyseläkehakemus on tehty vuoden tai pidemmän työttömyysjakson jälkeen. "Työttömyysvaiheen aikana Kelan kello ei soi", vastaavasti kuin sellaisen henkilön kohdalla, jolla on toimiva työterveyshuolto. Ratkaisu ongelmaan voisi olla TE-toimiston ja Kelan yhteinen asiakkuus ja tähän perustuva yhteistoiminta. Tämän tulisi olla konkreettista toimintaa, jolla pyritään parantamaan asiakkaan tilannetta oikea-aikaisesti. Kelan ja TE-hallinnon välinen yhteistoiminta ei kuitenkaan ole riittävää, vaan mukaan tarvitaan useampi taho: jos prosessi ei käynnisty, tai katkeaa, onko terveydenhuollon ohjaamisessa osaamisvaje?. Vastuullinen yhteistoiminta voisi aidosti parantaa vaikuttavuutta, esimerkkinä TYP-toiminta, jossa kaikki ovat mukana.

Kuntoutusjärjestelmän kehittäminen sen osajärjestelmien kautta asettaa suuria haasteita kokonaisuuden ohjaukselle. Perinteisten järjestelmien hallintokäytännöille on hyvin vaikeaa hallita kompleksista järjestelmää, jossa on useita itsenäisesti toimivia yksittäisiä osajärjestelmiä, niissä toimivia työntekijöitä ja moniammatillisia ryhmiä (vrt. Pitkäaho 2011). Selvitystyössä päädyttiin samaan johtopäätökseen siitä, että vahva koordinaatio, yhteistyö ja kuntoutus- ja sosiaalivakuutusjärjestelmien osaaminen ovat välttämättömiä, sillä kuntoutumisprosessi on usein yhdistelmä monen eri tahon vastuulle kuuluvia palveluja ja etuuksia (emt.).

Selvityksessä arvioidut lainsäädäntöuudistukset ovat muuttaneet valtaosaa vuonna 2007 määritellyistä ammatillisen kuntoutuksen yhteistyön rajapinnoista. Kuntoutuslainsäädännön kehittämisessä painotus on viime vuosina ollut kuntoutuksen osajärjestelmien sisäisessä uudistamisessa ja kuntoutuksen vastuunjako on säilynyt pääosin ennallaan. Suurimmat muutokset ovat olleet työllisillä työterveyshuollon roolin vahvistaminen ja työttömillä se, ettei TE-hallinnossa ole enää ammatillisen kuntoutuksen palveluja. Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksessa otetaan vahvemmin huomioon kuntoutujan kokonaistilanne. Ammatillisen kuntoutustarpeen arvioimisessa Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa terveydellisten tekijöiden rinnalle nousivat myös sosiaaliset tekijät. Jos halutaan varhentaa nykyistä työeläkelakien ammatilliseen kuntoutukseen pääsyä, vastaavaa muutosta voisi harkita myös työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen kriteereihin. Kuntoutukseen pääsyyn, tukeen ja seurantaan eri asiakastilanteissa selvitystyöryhmä esittää ammatillisessa kuntoutuksessa valtakunnallisesti, alueellisesti, paikallisesti ja tapauskohtaisesti koordinoitua yhteistoiminnan käytäntöihin siirtymistä.

6.3 Ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn oltava yhdenvertaista

Ammatilliseen kuntoutukseen pääsee tällä hetkellä todennäköisimmin vakituisessa, kokoaikaisessa työsuhteessa, keskisuurissa ja suurissa työpaikoissa työssä olevat. Erityisesti työttömien ammatillinen kuntoutus toteutuu riittämättömästi. Työ- ja toimintakyvyn tukiprosesseja ei ole kehitetty työttömien näkökulmasta.

Puuttuminen pitkittyvään työkyvyttömyyteen, toisin sanoen työssä jatkamismahdollisuuksien tarkastelu sekä uudelleen työllistymiseen tarvittavan tuen ja kuntoutustarpeen arvio, tulisi ulottaa vakiintuneessa palkkatyössä olevien lisäksi myös muihin ryhmiin, koska työkyvyttömyyseläkealkavuus on erityisesti työttömien kohdalla suurta (Laaksonen ym. 2014). Työn tekemisen murros näkyy jo nyt siinä, että palkkatyön ulkopuolelle tai sen ohessa työllistyy ammatinharjoittajina, freelancereina, yksin- tai mikroyrittäjinä suureneva ryhmä työikäisiä, jotka ovat monimuotoisilla tai epätyypillisillä työurilla (STM 2015c). Heidän pitkittyvään työkyvyttömyyteensä tulisi myös puuttua, jos työkyvyttömyyttä edelleen halutaan vähentää. Työttömyyden pitkittymiseen puuttuminen on mahdollista TE-hallinnossa, mutta tieto työttömän henkilön sairauspäivärahaikauden pitkittymisestä kertyy Kelaan. Sairauspäivarahajakson pitkittymisen havaitsemisen osalta määrä- ja/tai osa-aikaisissa töissä olevilla, itsensä työllistävillä ja yrittäjillä tilanne on sama. Tästä syystä sairauspäivarahajakson pitkittymiseen puuttuminen on mahdollista tällä hetkellä vain Kelassa. Kelan työkykyneuvonnassa on luotu toimintamallia tähän toimintaan.

Työeläkelaitosten ammatillista kuntoutusta saaneiden määrä lisääntyi vuodesta 2012 vuoteen 2013 yhteensä 17 prosenttia. Myös hakemusten määrässä oli kasvua. Kuntoutuspäätösten määrä monikertaistui 1.1.2015 lakimuutoksen jälkeen kuvaten mahdollisesti muun muassa sitä, ettei työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutuvilla ollut prosessin aiemmassa vaiheessa tarjottu ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoja. 1.1.2015 lakimuutoksen vaikutuksia kuntoutuksen käynnistymiseen ei vielä tiedetä. Pitkittyneissä sairauspoissaoloissa yhteydenotot työterveyshuollosta työeläkelaitosiin ovat kuitenkin varhentuneet. Työeläkelakien nykyinen työkyvyttömyyden uhka -kriteeri siirtää

ammatillisen kuntoutuksen käynnistämisen työkyvyn tuki- ja kuntoutumisprosessissa varsin myöhäiseen vaiheeseen. Työeläkelakien ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn varhentamiseksi tulisi harkita pääsykriteereiden uudistamista. Kelan järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen pääsy helpottui vuonna 2014, ja yhteistyö TE-hallinnon kanssa on tiivistynyt. Selvitystyössä ei pystytty arvioimaan, minkä verran resursseja Kela tarvitsee jatkossa työttömien ammatillisen kuntoutuksen tarpeeseen vastaamiseen. Monialainen yhteispalvelu on vasta muovautumisvaiheessa ja odotettavissa on, että ”uusi TYP”-toiminta voi pitkäaikaistyöttömien kohdalla käynnistää ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen oikea-aikaisempaan toimenpiteenä.

Selvitystyöryhmä esittää, että ammatillisen kuntoutuksen tulisi käynnistyä asiakkaan tarpeista lähtien ja nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Työkyvyn tuki -prosesseja on kehitettävä palkkatyössä olevien lisäksi kattavasti kaikille eri tavoin työssä oleville. Työkyvyn tuki -prosessien tulee sopia myös eri tilanteissa oleville työttömille ts. ennen kuin työttömyys pitkittyy ja ennen kuin sairauspäiväraha-kausi pitkittyy. Yhteistyö on kehittynyt TE-hallinnon ja terveydenhuollon sekä TE-hallinnon ja Kelan välillä. Yhteistyön tiivistymisestä huolimatta TE-hallinnon tulisi ottaa työttömän työkyvyn tuen prosessin koordinointi- ja ohjausvastuu (vrt. TEM 2011). Kelan tehtävänä on puuttuminen työttömän pitkittyvään työkyvyttömyyteen ja tämän toiminnan vaatima resursointi.

6.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen osaamista

kehitettävä sote-uudistuksen yhteydessä

Eri kehittämishankkeissa ammatillisen kuntoutustarpeen varhainen tunnistaminen on todettu tapahtuvan paremmin sekä työllisillä että työttömällä, jos yksinomaan yksilöllisten terveysperusteiden sijasta on käytetty kokonaisvaltaisia tai sosiaalisia kriteerejä, kuten osaamisen kehittämistarpeet ja työhön, työprosessiin tai työorganisaation muutoksiin liittyvät perusteet. Kuitenkin sosiaalivakuutuksen eri osajärjestelmissä ammatillisen kuntoutuksen pääsykriteerinä on eri tavoin mää-

riteltyinä sairaudesta, viasta tai vammasta johtuva kuntoutustarve. Laajempi kriteeri korostaa terveydenhuollon eri toimijoiden kuntoutustarpeen arvioimisen ja kuntoutuksen suunnittelun osaamista. Tämän osaamisen riittämättömyys terveydenhuollossa ja erityisesti lääkäreillä oli tavalla tai toisella ongelmallista selvityksessä tarkasteltujen ryhmien näkökulmasta ammatilliseen kuntoutukseen pääsyssä.

Selvitystyöryhmä esittää, että sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden johtamisen kehittämisessä strategiseksi painopisteeksi tulisi nostaa työikäisten toiminta- ja työkyvyn edistäminen. Vaikuttavien tulosten aikaansaamiseksi kuntoutusosaamisen kehittäminen on tärkeää. Ammatillisen kuntoutuksen oikea-aikaisemmaksi ja nykyistä varhaisemmaksi käynnistymiseksi tarvitaan osaamisen kehittämistä työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa, erityisesti jäljellä olevan työ- ja toimintakyvyn kuvaamisessa. Lisäksi kaikessa sote-palveluissa tapahtuvassa kuntoutuksen suunnittelussa tulisi huomioida ammatillinen kuntoutus. Ammatillinen kuntoutus on asiakastyössä usein monialaista toimintaa ja siksi tarvitaan myös verkostotyötapojen osaamisen kehittämistä. Terveystuollossa erityisesti lääkäreiden kuntoutusosaamista tulisi kehittää.

6.4 Ammatillinen kuntoutus asiakkaan kanssa

Ammatillinen kuntoutus on käytännössä monialaista, monitoimijaista yhteistyötä. Riippumatta ammatillisesta kuntoutuksesta tarvitsevan henkilön työmarkkina-asemasta kuntoutumisen tukena tarvitaan terveydenhuollon, lääkinnällisen ja/tai sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä, sekä toimenpiteitä soveltuvan työn etsimiseksi tai työn ja työympäristön muokkaamiseksi. Työikäisen kuntoutuminen on yksilölle ja yhteiskunnalle edullisempaa ja tuottavampaa kuin kuntoutuksen ulkopuolelle jättäminen. Ammatillisessa kuntoutuksessa sekä työllisten että työttömien kohdalla työpaikan toimet ovat ensiarvoisen tärkeitä. Työpaikan toimilla tarkoitamme sitä, etteivät

työpaikka ja sen yhteisöt syrji osatyökykyisiä, ja että työtä, työprosessia ja työympäristöä muokataan siten, että osatyökykyisen työhön palaaminen, työssä jatkaminen tai työllistyminen mahdollistuu. Ratkaisujen on oltava taloudellisesti mahdollisia työhön pyrkiville, työtä hakeville, työntekijöille ja kestävien ratkaisujen saamiseksi myös taloudellisesti kannattavia työnantajille. Suomessa, esimerkiksi muista Pohjoismaista poiketen, on 2010-luvulla vahvistettu työterveyshuollon roolia ja tehtäviä. Nykyään ne ulottuvat koko henkilöstön työkyvyn ongelmien ehkäisystä niiden selvittelyyn, ratkaisemiseen ja seurantaan. Ammatilliseen kuntoutukseen yhdenvertaisen pääsyn turvaamiseksi ja työkyvyttömyyden vähentämiseksi vastaavanlaiset työkyvyn tuki -prosessit tulisi rakentaa kaikille niille, joita nykyiset prosessit eivät tavoita. Prosessien, joihin työkyvyn koordinaatio voisi perustua, tulisi olla valtakunnallisesti ohjattuja. Ne tulisi käytännön toimintana kehittää alueellisessa yhteistyössä yhtä lailla eri tavoin työssä oleville, eri tavoin itsensä työllistäville (ml. yrittäjät ja ammatinharjoittajat), eri työmarkkinasiirtymissä oleville (ml. nuoret, opiskelijat) ja työttömille. Kuntoutuksen työotteessa ammatillisen kuntoutuksen asiakastyön tulisi vahvemmin pohjata jäljellä oleviin voimavaroihin ja mahdollistaa kuntoutujan toimijuus (Härkäpää 2015; Seppänen-Järvelä ym. 2015b; Syrjä ym. 2015). Kuntoutuspalvelun toteuttaminen ja kuntoutuminen tarvitsevat aikansa, paikkansa ja tilansa. Ammatillisen kuntoutuksen palveluilla Suomessa on oma laitospäätöksensä perinteensä. Ammatillisen kuntoutuksen käytäntöjen ja prosessien kehittämistä avopalveluiksi kannattaa kuitenkin jatkaa.

Ammatillisen kuntoutuksen toimivuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi ei riitä työnjaon yksityiskohtainen kehittäminen ja muuttaminen. Tarvitaan asiakkaan kuntoutustarpeen pohjalta toteutuvaa kuntoutuksen järjestäjien ja toteuttajien koordinoitua ja tavoitteellista yhteistoimintaa. Kannustavia esimerkkejä työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa ovat TE-toimistojen ja Kelan parantunut yhteistyö ja TK2-kuntoutuksessa toteutunut työntekijän, työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen palveluntuottajan yhteistyö. Yhteistoiminnan kehittämistarpeita on työttömien kohdalla sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen yhteistyössä esim. uudessa TYP-rakenteessa sekä (uudelleen)työllistymistä edistävässä yhteistyössä (TE-hallinto - työeläkelaitos - Kela -yhteistyössä). Kehittämistarpeita on myös vahinkovakuuttajat - muut kuntoutuksen järjestäjät -prosesseissa ja työterveysyhteistyössä erityisesti pientyöpaikkojen ja yrittäjien kanssa. Työelämän monimuotoistuminen ja työurien pirstaloituminen tuo ratkaistaviksi uudenlaisia työuran jatkamistilanteita, joissa yksittäistä vastuutahoa ei ole nimettävissä. Jatkossa tulee kuntoutuksen järjestäjillä olla uskallusta rakentaa entistä joustavampia ratkaisuja näissä tilanteissa myös kuntoutuksen rahoituksen osalta. Ammatillisen kuntoutuksen käytäntöjä ja prosesseja tulee kehittää edelleen vahvemmin avopalveluiksi.

6.5 Tarpeet ammatillisen kuntoutuksen jatkoselvityksille ja tutkimukselle

Ammatillisen kuntoutuksen käytännöt ovat kansallisia käytäntöjä. Ratkaisujen vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan myös kuntoutustieteellistä tietoperustaa, jonka jatkuvuus Suomessakin tulisi varmistaa. Tässä selvitystyössä nousivat esiin muun muassa seuraavat jatkoselvitys- ja tutkimuskysymykset ja -tarpeet:

- *Seurata ja tutkia TE-palveluiden kehittymistä osatyökykyisten näkökulmasta*
- *Seurata ja tutkia uutta TYP-toimintaa ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta*
- *Kelan kuntoutuslain muutoksen vaikutusten pitkäaikainen seuranta*
- *Tutkia työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen kohdentumista ja pidempiaikaisia työuravaikutuksia*
- *Tutkia ja arvioida työkykykoordinaatiotoiminnan vaikuttavuutta työllisillä ja työttömillä*
- *Arvioida ja tutkia sote-uudistuksen jälkeen ammatillisen kuntoutuksen valtakunnallisen ja alueellisen koordinoinnin toteuttamista*
- *Arvioida ja tutkia ammatillisessa kuntoutuksessa ja osatyökykyisten työllistämisessä tarvittavia kokonaisvaltaisia kuntoutumistarvetta ja kuntoutumista kuvaavia mittareita ja moniammatillisia arviointikäytäntöjä*

LÄHTEET

Aaltio E (2014) Työllisyyspalvelujen toimintakykymittarin pilotointi. Työllisyyspalvelujen vaikuttavuus -projektin väliraportti. Helsinki: Kuntaliitto.

Aho S, Mäkiäho A (2012) Pitkään työttömänä olleiden työnhakijoiden työllistymisen esteet ja julkisiin työvoimapalveluihin osallistuminen. Työ ja yrittäjyys 15/2012. Työ- ja elinkeinoministeriö

Ala-Kauhaluoma M, Henriksson M (2011) Akateemisten pätkätyöläisten hyvinvointi ja kuntoutus : TUULI-kehittämishankkeen arvioinnin loppuraportti. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 77. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/27785/Selosteita77.pdf?sequence=1>. Viitattu 17.6.2015.

Arnkil R, Spangar T, Jokinen E (2012) Selvitys heikossa työmarkkina-asemassa olevien palveluista Pohjoismaissa sekä Alankomaissa, Iso-Britanniassa, Saksassa ja Ranskassa. Työ ja yrittäjyys 10/2012. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Arola A-M, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) (2013) Työtä tavoittelemassa. Ammatillisen kuntoutuksen projekti tarkastelun kohteena. Lapin yliopisto.

Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M, toim.(2013) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kela, 2013: 46–76.

Asplund R, Koistinen P (2014) Onko työmarkkinoilla tilaa kaikille? Katsaus erityisryhmiin kohdistetun politiikan tuloksiin ja haasteisiin. Työ ja yrittäjyys 22/2014. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Bartley M (2006) Unemployment and ill health: understanding the relationship.

J Epidemiol Community Health 1994;48:333-337 doi:10.1136/jech.48.4.333

Bethge M, Radoschewski FM. Physical and psychosocial work stressors, health-related control beliefs and work ability: cross-sectional findings from the German Sociomedical Panel of Employees. *Int Arch Occup Environ Health* 2010;83:241-50.

Blomgren J, Hytti H, Gould R (2011) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaus-tausta eri eläkejärjestelmissä. Kela nettityöpapereita 26/2011.

Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010.

<http://www.tyoturva.fi/files/1661/TEResitys010210.pdf>. Viitattu 25.11.2014.

Eläketurvakeskus (2015) Työeläkelakipalvelu, soveltamisohje: Etuudet / Kuntoutus / Kuntoutuksen hakeminen. Saatavissa: https://www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document_print.faces?document_id=304096. Viitattu 16.6.2015.

Eronen A, Hakkarainen T, Landen P, Peltosalmi J (2014) Sosiaalibarometri 2014. Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

European Commission (2013) PES approaches for sustainable activation of people with disabilities. Analytical paper. The European Commission Mutual Learning Programme for Public Employment Services. DG Employment, Social Affairs and Inclusion.

EUSE Toolkit (2014) Tuetun työllistämisen työkalupakki. Turenki: Kiipulasäätiö. http://www.vates.fi/media/julkaisut_artikkelit_lehdet-yms/kv_toiminnan_materiaalit/tuetun-tyollistymisen-tyokalupakki-euse-toolkit.pdf (poimittu 3.6.2015)

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (2006) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 - tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus (ETK), Kansaneläkelaitos (Kela),

Työterveyslaitos (TTL). Saatavissa:

http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/erillisjulkaisut/tyokyvyn_ulottuvuudet_7.pdf. Viitattu 30.6.2015.

Gould R, Härkäpää K, Järviskoski A (2012) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia, Helsinki. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/tutkimukset/toimiiko_tyoelakekuntoutus_7.pdf. Viitattu 26.5.2015.

Gould R, Koskinen S, Sainio P, ym. (2012b) Työkyky. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 141-4.

Gould R, Järviskoski A, Härkäpää K (2012c) Oikeaan aikaan? Teoksessa: Gould R, Härkäpää K, Järviskoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012: Helsinki, 85-108.

Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, Ropponen T, Kettunen S, Hannu T, Käppi I, Ripatti P, Rokkanen T, Turtiainen S (2014) Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2014.

Hakulinen H, Pesonen S, Laaksonen M, Jalonen P, Pulkkinen-Närhi P, Rautio M, Räsänen K, Manninen P (2012) Verkostoista vaikuttavuutta työterveyshuollon kehittämiseen. SEITTI- Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä- hankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Seitti_loppuraportti.pdf. Viitattu 24.6.2015.

Hakulinen H, Laaksonen M, Pesonen M (2014) BotniaSEITTI – kunnallinen työterveyshuolto kehittyy alueellisissa verkostoissa. BotniaSEITTI-kehittämishojelman loppuraportti. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/BotniaSEITTI_KOKO.pdf. Viitattu 24.6.2015.

Hakulinen H, Laaksonen M (2015) Työikäisten masennusasiakkaiden hoito perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyönä (käsikirjoitus)

Halonen JI, Solovieva S, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J, Viikari-Juntura E. Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. *Occupational and Environmental Medicine* 2015 Oct 13. pii: oemed-2015-103131. doi: 10.1136/oemed-2015-103131. [Epub ahead of print] PMID: 26464504

Harkko J, Lehtikoinen T, Ala-Kauhaluoma M (2012) Vaikeasti työllistyvät helsinkiläiset. Rekisteritutkimus kunnan osarahoittamaa työmarkkinatukea saaneista helsinkiläisistä työttömistä. *Tutkimuksia* 2012: 4. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Harkonmäki K (2007) Predictors of disability retirement: From early intentions to retirement. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystieteen laitos. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5317-99-2>. Viitattu 17.6.2015.

HE 133/2012 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta sekä eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2012/20120133>. Viitattu 12.5.2015.

HE 213/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetun lain kumoamisesta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140213?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%20kuntoutuksen%20asiakasyhteisty%C3%B6n%20kumoaminen>. Viitattu 17.6.2015.

HE 128/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.

HE 75/2011. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta. Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/esitykset/he/2011/20110075>. Viitattu 16.6.2015.

HE 164/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 183/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A-M, Keskimäki I (2008)

Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Saatavissa: https://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf. Viitattu 30.6.2015.

Hinkka K, Aalto L, Toikka T (2015) Uudenlaiseen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia134.pdf/0216c68d-0bb8-4d06-b0ef-d777b9064056>. Viitattu 17.6.15.

Härkäpää K, Harkko J, Lehikoinen T (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 128. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42487/Tutkimuksia128.pdf?sequence=4>. Viitattu 18.5.2015.

Härkäpää K, Järvikoski A (2012) Mikä motivoi työeläkekuntoutukseen? Teoksessa: Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (toim.) Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012: Helsinki, 145-161.

Härkäpää K (2015) Asiakkaan toimijuus ja osallisuus kuntoutuksessa.

Avauspuheenvuoro. Asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden tukeminen

Lapin yliopisto 20.- 21.4.2015. Saatavissa: <http://www.luc.fi/loader.aspx?id=298f538c-6d69-48d1-a71f-bc8cf67cc931>. Viitattu 30.6.2015

Juvonen-Posti P, Liira J, Järvisalo J (2011) Kuntoutus työterveyshuollossa ja työuran pidentämistä koskevista tavoitteista. Teoksessa: A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. LUP Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 229- 248.

Juvonen-Posti P, Joensuu M, Reiman A, Heusala T, Takala E-P, Ahonen G (2014 a) Työkykyjohtaminen- johdettua yhdessä tekemistä. Tapaustutkimus käytännön johtamisen menettelyistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyokykyjohtaminen.aspx>. Viitattu 27.1.2015.

Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Sallmén M, Himanen A-K, Hannu T, Takala E-P, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkka K, Uitti J (2014b) Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä.

Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Liite 1. Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyossa_jatkamisen_tuki.aspx. Viitattu 26.1.2015.

Juvonen-Posti P, Viljamaa M, Uitti J, Kurppa K, Martimo K-P (2014 c) Työkyvyn tuki- tavoitteena työssä jatkaminen. Teoksessa J Uitti (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 212-233.

Juvonen-Posti P, Uitti J, Kurppa K, Viljamaa M, Martimo K-P (2014 d) Työterveysyhteistyö. Teoksessa J Uitti (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos, Helsinki, 22-30.

Juvonen-Posti P, Savinainen M, Pesonen S, Laaksonen M, Toivio P, Kaleva S (2015 a) Occupational Health as a Case Manager in the Work-Related Multi-Disciplinary Rehabilitation. Scientific poster session 2 on the 8 th of May , 2015. 13th Congress of European Forum for Research in Rehabilitation in Marina Congress Center, Helsinki, Finland on 6-9- May 2015. EFRR2015 "Being, Doing, Participating" (eds. Lindstam), SP-2-39, p. 80. Poster presentation. The abstract is available: <http://confedent-fi-bin.aldone.fi/@Bin/68078688ead1432a3941e668392427ff/1450175951 /application/pdf/4774807/EFRR2015%20Programme%20and%20Abstracts.pdf>, p.80.

Juvonen-Posti P, Seppänen-Järvelä R, Pesonen S, Savinainen M, Laaksonen M, Kaleva S (2015 b) Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. Kuntoutus 3, 28- 41, 2015.

Järvikoski A. 2014. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2014:43. Saatavissa <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1872526#fi>. Viitattu 3.4.2015.

Karjalainen J, Kirjavainen E, Mattila I, Sipilä H-M, Valkonen T (2015) Kohti kuntouttavampia työelämäpalveluita. KOPPI-hankkeen tuloksia. Työpaperi 7/2015. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.

Karjalainen J, Saikku P (2015) Selvitys osallistavan sosiaaliturvan pilotointien kokemuksista. 16.3.2015. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.

Karjalainen V (2011) Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, 89-101.

Karjalainen V, Saikku P, Pasuri A, Seppälä A (2008) Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. Stakes raportteja 20.

Karvonen S (2008) Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 96–115.

Kauppinen T.M., Saikku P, Kokko R-L (2010) Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.

Kausto J (2014) Effect of partial sick leave on work participation. Työterveyslaitos, People and Work Research Reports 102, Helsinki.

Kela (2005) Kelan sairausvakuutustilasto 2005. <http://hdl.handle.net/10250/3118> Viitattu 9.6.2015.

Kela (2009) Kelan kuntoutustilasto 2008. Sosiaaliturva 2009. Suomen virallinen tilasto. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8243/Kunto_08.pdf?sequence=1

Kela (2014) Kelan työterveyshuoltotilasto 2012. Sosiaaliturva 2014. Suomen virallinen tilasto. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_tyoterveyshuoltotilasto_2012.pdf/8d656155-8298-4abf-892f-e0af84defbb5. Viitattu 3.6.2015.

Kela (2014b) Kelan sairausvakuutustilasto 2013.

Kela (2014 c) Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke). Raportti kuntoutuspalveluiden toteutumisesta. Kela, Terveysosasto, Kuntoutusryhmä. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti_kuntoutuspalvelujen_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b. Viitattu 11.4.2015.

Kela (2015a). Kelan tilastotietokanta Kelasto. Kuntoutuksen hakemus ja ratkaisutiedot Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa <<http://www.kela.fi/kelasto>>. Viitattu 1.4.2015.

Kela (2015b). Kelan tilastotietokanta Kelasto. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa <<http://www.kela.fi/kelasto>>. Viitattu 16.6.2015.

Kela (2015c) Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/1033699/Suunnitelma+vuosille+2016-2018.pdf/743bf607-9506-46bf-ab69-d2b944b22ebe>. Viitattu 22.6.2015.

Kela (2015d) Kelan kuntoutustilasto 2014. Sosiaaliturva 2015. Suomen virallinen tilasto.

Kela (2015e). Kelan kuntoutus työssä oleville vähenee. Ajankohtaista henkilöasiakkaille 16.6.2015. Saatavissa: http://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/kelan-kuntoutus-tyossa-oleville-vahenee?_101_IN-STANCE_bXQwrAFx2FGH_redirect=%2F. Viitattu 24.6.2015.

Kelan avo- ja laitospuolitoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillinen kuntoutusselvitys. Voimassa 1.1.2015 alkaen. Kansaneläkelaitos, terveysosasto, kuntoutusryhmä. Saatavissa: http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1913/Ammatillinen_kuntoutusselvitys_1.1.2015_Kelan_avo-_ja_laitospuolitoisen_kuntoutuksen_standardi.pdf. Viitattu 20.5.2015.

Kela. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeet TK ja TK2. Saatavissa: http://www.kela.fi/tyohon-kuntoutus_tk-hankkeet. Viitattu 24.6.2015.

Kerätär R (2016) Kun katsoo kauempaa näkee enemmän: monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Oulu: Oulun yliopisto. [Acta Universitatis Ouluensis. D, Medica](#)

Kerätär R, Karjalainen V (2010) Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Suomen Lääkärilehti 65 (45), 3683 – 3690.

Kerätär R, Taanila A, Härkäpää K, Ala-Mursula L (2014) Sairauslähtöisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin. Duodecim, 130 (5), 495-502.

Klem S (2013) Työllistymistä tukeva toiminta, työtoiminta ja työhönvalmennus sosiaalihuollossa. Kuntakartoitus 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita: 2013:23.

Kokko R-L, Nenonen T, Martelin T, Koskinen S (toim.) (2013): Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009-2013. Hankkeen loppuraportti. Raportti 18. Tampere: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Kokko R-L, Saikku P (2013) Kuntoutus Paltamon työllisyyskokeilussa. Teoksessa Kokko R-L, Nenonen T, Martelin T, Koskinen S (toim.): Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009-2013. Hankkeen loppuraportti. Raportti 18. Tampere: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, 143-163.

Koskenvuo K, Hytti H, Autti-Rämö I (2011) Seurantatutkimus nuorten kuntoutusrahasta ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä. Kuntoutus 2011;3: 22-30.

Koskenvuo K, Ryyänen M, Kemppinen H, Kokkonen V, Autti-Rämö I (2014) Vajaakuntoiselle nuorelle tarvitaan selkeämpi reitti ammattitutkintoon. Sosiaalivakuutus 2014;1:35-36.

Kuusinen P (2011) Vajaakuntainen työnhakija ja työvoimapalvelut. Teoksessa Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, 276-283.

Kuuva N (2011) Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 5/2011. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/keskustelualoitteet/takaisin_tyohon_vai_tyokyvyttomyyselakkeelle_tyokykyä_palauttavat_prosessit_7.pdf. Viitattu 4.6.2015.

Laaksonen M, Blomgren J, Gould R (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/tyokyvyttomyyselakkeelle_siirtyneiden_sairauspaivaraha_kuntoutus_ja_tyottomyushistoria_7.pdf. Viitattu 15.5.2015

Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 916/2012. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120916>. Viitattu 16.6.2015.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>. Viitattu 17.6.2015

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetun lain kumoamisesta (1220/2014).

Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014).

Laurinkari J, Poutanen V-M, Nevalainen M (2010) IMBA ja Melba -työkyvyn arviointivälineiden toimivuus Suomessa. Tutkimus välineiden käyttäjien kokemuksista. Kuntoutus, vol. 33, nro.2 , 4-17.

Lehto M (2011) Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:5.

Leinonen T (2012) Toimintakyvyn arviointi ICF / VAT avulla ja tiedon käyttö (työhön) kuntoutuksessa. Kumppaniksi ry. http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutusasian_neuvottelukunta/2012/liite_1_tuomas_leinonen.pdf (poimittu 12.6.2015)

Lind J, Toikka T (2009) Kipinä-kuntoutukselle edelleen tarvetta. Kuntoutus, vol. 32, nro. 3, 15-22.

Lindh J (2013) Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakenteistumiseen. Acta Universitatis Lapponiensis 259. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.

Lindberg E, Mäkinen A, Laakso M (2014) Työllisyyden keittokirja. Miten työ ja tekijät saadaan kohtaamaan? 6 näkökulmaa ja 30 testattua ja hyväksi koettua reseptiä. Työllisyyden kuntakokeilu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lindberg P, Josephson M, Alfredsson L, et al. Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKUL study. *Occup Environ Med* 2006;63:113-20.

Liukko J, Kuuva N (2015) Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa – Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/raportit/toimijoiden_yhteistyö_työkykyongelmien_hallinnassa_ammattilaisten_haastatteluihin_perustuva_tutkimus_7.pdf Viitattu 15.5.2015.

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R ym.(2005) Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*, 2005; 15: 507-24. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16254752>, viitattu 26.11.2014.

Mannila S (1993) Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäntilusta. Tutkimuksia 41/1993. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

McGonagle AK, Fisher GG, Barnes-Farrell JL, et al. Individual and Work Factors Related to Perceived Work Ability and Labor Force Outcomes. *J Appl Psychol* 2015;100:376-98.

Miettinen S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö Sosiaali- ja terveystieteiden, hallinnon ja talouden valtakunnallinen tutkijakoulu (SOTKA), Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66763/978-951-44-8478-0.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.5.2015.

Määttä A (2011) Työkyvytön vai työtön? Työkyvyttömyydestä aiheutuva sosiaaliturvan väliinpuutuminen elämäntien eri vaiheissa. Kuntoutus, vol. 34, nro 1, 18-28.

OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries.*

OECD (2008) Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. Vol. 3. Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.

Palmgren H, Kaleva S, Savinainen M, Rajaka K, Nyberg M, Oksa P (2015) Pienten yritysten ja yrittäjien työterveyshuolto Suomessa 2013-2014. Työterveyslaitos, Helsinki. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/129600>.

Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J (2015) Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkenemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91.

Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, 223-240.

Pensola T, Gould R, Polvinen A (2010). Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pensola T, Gould R, Autti-Rämö I, Kivekäs J, Luoma M-L. (2012a) Koettu kuntoutuksen tarve. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 192-4.

Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012b) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset erot Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnyöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86/2012. Kuntoutussäätiö, Helsinki. Saatavissa: http://punkprojekti.fi/files/1075/Tutkimuksia_86_verkko_.pdf. Viitattu 27.1.2015.

Pensola T, Kesseli K, Lahiala T, Rinne H, Notkola V (2012c) Palkansaaja, yrittäjä, työtön. Kuolleisuus Suomessa 2001-2007. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 84/2012.

Pitkäaho, T (2011) Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0395-2/. Viitattu 29.6.2015.

Polvinen H (2010) Pitkäaikaistyöttömien ohjautuminen Kelan kuntoutukseen – työntekijöiden näkemyksiä ja odotuksia. Pro gradu -tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04120.pdf>

Rajavaara M (2013) Kuntoutus ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu - entä kuntoutusjärjestelmä? Kela, Helsinki, 46-76.

Rajavaara M, Aalto L, Hinkka K (2009) Kehittämisideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 7/2009. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/14785/Nettityopapereita7.pdf>. Viitattu 29.6.2015.

Rajavaara M (2000) (toim.) Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsinki: Kela.

Ratkaisujen Suomi (2015) Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta. 27.5.2015.

Rokkanen T (2015) Työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyö työpaikan tarpeiden arvioinnissa. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti; 45, Työterveyslaitos, Helsinki. Tampere University Press. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9845-9>. Viitattu 25.6.2015

Pärnänen A, Sutela H (2014) Itsensätyöllistäjät Suomessa 2013. Tilastokeskus, Helsinki. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yits_201400_2014_12305_net.pdf. Viitattu 25.1.2015.

Saari P (2012) Onnistuneesti työhön ammatillisella kuntoutuksella. Kevan tutkimuksia 2/2012. Saatavissa: http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tutkimusjulkaisut.aspx/Keva_9158/12. Viitattu 15.5.2015.

Saarnio, L. (2014) Työeläkekuntoutus vuonna 2013. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 05/2014.

Saikk P (2013) Näkökulmia työttömän työkykyyn ja työkyvyn arviointiin. Teoksessa: Karjalainen, Vappu & Keskitalo, Elsa (toim.) Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 120-149.

Saikk P (2012) Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus. PTT-hankkeen seurantatutkimuksen tuloksia hankekunnissa. Raportti 15. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Saikk P (2010) Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Avauksia 12/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Saikku P (2009) Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saikku P (2006) Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Selvityksiä 2006:47. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Saikku P, Kokko R-L (2012) Kuntoutuksen käytännöt Paltamon työllistämismallissa: toimijuuden tukeminen ammatillisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Kuntoutus, vol.35, no.4, 5-16.

Saikku P, Sinervo L (2010): Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti 42. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sairausvakuutuslaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/>. Viitattu 15.5.2015.

Sinervo L, Hietapakka L (2013): Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveystarkastuskyselyn 2013 tulokset. Työpäperi 41. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saltychev M. (2012) The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Turku: Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/handle/10024/76643>. Viitattu 15.5.2015.

Seppänen-Järvelä R, toim.(2014) Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi arkea. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisen vaiheen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Selosteita84.pdf/5a40abc8-482d-42bf-80cb-0ec4fc6a6aa4>. Viitattu 11.3.2015.

Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M (2015b) toim. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty: Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/156981>.

Seppänen-Järvelä R, Syrjä V, Juvonen-Posti P, Pesonen S, Laaksonen M, Tuusa M, Savinainen M, Henriksson M (2015b) Kuntoutumisen polku - yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen (TK2) arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/158749>.

Sosiaalihuoltolaki (2015). Saatavissa:<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Viitattu 16.6.2015.

STM (2009) Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Selvityksiä 2009:61. Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM (2011a). Työhyvinvointityöryhmän raportti. STM, selvityksiä 2011:4. <http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/julkaisu/1555472#fi>. Viitattu 5.10.2012.

STM (2011b) Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Työryhmän loppuraportti. Selvityksiä 2011:6, Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf. Viitattu 26.1. 2015.

STM (2013a) Osatyökykyiset työssä -ohjelma. Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Raportteja ja muistioita (STM): 2013:37. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/126062>. Viitattu 3.6.2015.

STM (2013b) Osatyökykyiset työssä. Toimintakonsepti osatyökykyisten työllistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:29.

STM (2014) Sosiaalihuollon työelämäosallisuutta tukevan lainsäädännön ja palvelujärjestelmän uudistamistarpeita arvioivan työryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2014:32. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015a). Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Raportteja ja muistioita 2015:18. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125757/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1. Viitattu 4.6.2015

STM (2015b) Sosiaalihuoltolaki. Soveltamisopas. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>. Viitattu 22.6.2015)

STM(2015c) Työelämä 2025 - Työelämän ja työympäristön muutosten vaikutukset työsuojeluun ja työhyvinvointiin. Raportteja ja muistioita (STM): 2015:16. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/125724>. Viitattu 24.6.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Osatyökykyiset työssä (Osku) –ohjelma. Saatavissa: <http://stm.fi/osa-tyokykyiset>. Viitattu 3.6.2015.

Suikkanen A, Lindh J, Linnakangas R (2010) Ammatillisen kuntoutuksen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle? Kelan vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden henkilöiden asema työmarkkinoilla vuosina 1998–2006. Kuntoutus 4: 21–37. Saatavissa: http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutuslehden_artikkelit/2010/suikkanen-ym.pdf. Viitattu 15.5.2015.

Suikkanen A, Lindh J (2010) Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho, Kuntoutus, vol.33, nro. 2, 53–62.

Suoyrjö H. (2010) Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113.

Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M, Hirvonen M, Juvonen-Posti P, Karvala K, Latvala J, Leino T, Martimo K-P, Mäkitalo J, Seppänen S, Stengård J, Österbacka O, Uitti J, Räsänen K. (2015a) Leaving no stone unturned - preventing work disability calls for regional co-operation. Scientific oral session 1. Impacts of return to work on the 7 th of May, 2015. 13th Congress of European Forum for Research in Rehabilitation in Marina Congress Center, Helsinki, Finland on 6-9- May 2015. EFRR2015 "Being, Doing, Participating" (eds. Lindstam), SP-2-39, p. 17.

Tarvainen K, Pesonen S, Laaksonen M, Hirvonen M, Juvonen-Posti P, Karvala K, Latvala J, Leino T, Martimo K-P, Mäkitalo J, Seppänen S, Stengård J, Österbacka O, Uitti J, Räsänen K. (2015b) Alueellisesti yhteistyöllä tukea työkykyyn. Selvitystyön loppuraportti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/127189>.

TEM (2015) Tiedotteet: Työ. 25.3.2015. Ihalainen esittää ikääntyneille pitkäaikaistyöttömille inhimillistä eläkeratkaisua. Saatavissa: https://www.tem.fi/tyo/tiedotteet_tyo?89506_m=117775 : Viitattu 15.5.2015.

TEM (2014) Työ- ja elinkeinoministeriön ohje julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta annetun lain ja asetuksen soveltamisesta. Ohje 26.5.2014.

TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvelut. Työryhmän raportti 1.3.2011. TEM raportteja 10/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Terveystenhuoltolaki (1326/2010). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 15.5.2015.

Terävä E, Virtanen P, Uusikylä P, Köppä L (2011) Vaikeasti työllistyvien tilannetta ja palveluita selvittävä tutkimus. Työ ja yrittäjyys 23/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Tuusa M, Pitkänen S, Shemeikka R, Korkeamäki J, Harju H, Saares A, Pulliainen M, Kettunen A, Piirainen K (2014) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia – nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Työ ja yrittäjyys 15/2014. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Työeläkevakuuttajat TELA. Työeläkekuntoutuksen suuntaviivat. Saatavissa: http://www.tela.fi/in-stancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14290_Tyoelakekuntoutuksen_suuntaviivat_2015.pdf. Viitattu 15.5.2015.

Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2). Raportti kuntoutuspalvelujen toteuttamisesta. 30.9.2014. Kela, Terveysosasto, Kuntoutusryhmä. Saatavissa: http://www.kela.fi/documents/10180/1381676/Raportti_kuntoutuspalvelujen_toteutumisesta.pdf/84d29120-0025-45ba-a563-281f034eb76b. Viitattu 17.6.2015

Työministeriö (2007) Ammatillisen kehittymisen palvelut 2000-luvulla. Työnvälityksen vuosilastot vuonna 2014 (2015) TEM Tilastotiedote 2015:2. Saatavissa: https://www.tem.fi/files/42455/2_Tilastotiedote_2015.pdf. Viitattu 12.6.2015.

Työtapaturma- ja ammattitautilaki. 459/2015 Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2015/20150459>. Viitattu 30.6.2015.

Työterveyshuoltolaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. Viitattu 18.5.2015.

Työterveyslaitos (2015) Kykyviisari - arvioi työ- ja toimintakykysi. Saatavissa: www.ttl.fi/kykyviisari. Viitattu 30.6.2015

TOIMIA (2012) Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa. Saatavissa:

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/03/14/Tyottomat_120314.pdf. Viitattu 12.6.2015.

Uitti J (toim.)(2014) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos, Helsinki.

Waddell G, Burton A K, Kendall NAS (2008) Vocational Rehabilitation. What works, for Who and When? Department for Work & Pensions. Series: Health, work and wellbeing – evidence and research. Saatavissa: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf>. Viitattu 26.1. 2015.

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisäl- löstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>. Viitattu 26.1.2015.

van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, et al. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med* 2009;66:211-20.

Valtionalouden tarkastusvirasto (2009) Lääkinnällinen kuntoutus. Tuloksellisuustarkastuskerto- mus 193/2009. Helsinki: Valtionalouden tarkastusvirasto.

Valtionalouden tarkastusvirasto (2011) Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen eh- käisy. Tuloksellisuuskertomus 220/2011. Helsinki: Valtionalouden tarkastusvirasto.

Valtionalouden tarkastusvirasto (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastus- kertomus 2/2013. Helsinki: Valtionalouden tarkastusvirasto.

Vehkasalo V, Ojala M (2013) Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtionalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 2. Valtionalouden tarkastusvirasto, Helsinki.

Vedenkannas E, Koskela T, Tuusa M, Jalava J, Harju H, Särkelä M, Notkola V (2011) Vajaakuntoinen TE-toimiston asiakkaana. Työ ja yrittäjyys 31/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Virta-hanke Oulun kaupunki (2013) Työttömien työ- ja toimintakyvyn arviointi 1.4.2011-31.9.2013. Oulun loppuraportti. sote.kainuu.fi (poimittu 16.6.2015)

Vuokko A, Juvonen-Posti P, Kaukiainen A (2011) Miten lääkäri arvioi työttömän toimintakykyä? Suomen lääkärilehti, vol.46, nro. 48, 3659-3666.

Vuorela M (2008) Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön. Selvityshenkilöraportti. Työ- ja elinkeinoministeriö 10.3.2008.

Ylisassi H (2009) Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet: tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkyt- kennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia, Helsinki.

LIITE 1: KUVAUS AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN VASTUUNJAOSTA

Kuntoutusasiain neuvottelukunta

päivitetty 1.1.2007 tilanteen mukaan

ASIAKKAAN TILANNE 1)	ENSISI- JAINEN VAS- TUU- TAHO 2)	TOIMENPI- TEET 3)	MUUT TAHOT 4)	TOIMEENTULO TURVA 5)
Lyhytaikainen työkyvyttömyys (sairaus)	Terve- den- huolto, työter- veys- huolto	Tarvittava hoito ja aktivointi A-todistus, sai- rausloma	Työnantaja (toimenpi- teet työpaikalla)	Sairausajan palkka /työnan- taja Sairauspäiväraha /Kela
Pitkittyvä tilapäinen työkyvyttö- myys (pitkittyvä sairaus)	Terve- den- huolto, työter- veys- huolto	Hoito- ja kun- toutussuunni- telma, työkyvyn arvi- ointi (B-todistus) Työkykyä ylläpi- tävä toiminta Hoito ja lääkin- näällinen kuntou- tus Työhön paluun suunnitelma	Työnantaja (toimenpi- teet työpaikalla) Kansaneläkelaitos (AS- LAK® -kurssit harkin- nanvaraisena kuntoutuk- sena) Kansaneläkelaitos, kun- toutustarpeen selvitys (60 svp) SVL 12. luku 6 § Työeläkelaitos (työkyvyt- tömyyden uhkan totea- minen)	Sairausajan palkka/työnantaja Sairauspäiväraha /Kela Kuntoutusraha /Kela Kuntoutusraha /Kela Osasairauspäivä- raha työhön pa- luun tuke- miseksi/Kela

Menetetty tai uhattu työ- ja ansiokyky työtapaturman, ammattitaudin tai liikennetapaturman vuoksi	Tapa- turma- tai liiken- nevakuu- tuslaitos	Kuntoutustutki- mukset Työ- ja koulu- tuskokeilut Työhönvalmen- nus Koulutus työ- hön tai ammat- tiin ja siihen val- mentava perus- koulutus Työn vaatimat apuvälineet Elinkeinotuki Lääketieteelli- nen hoito tilan- teissa, joissa se nopeuttaa kun- toutusta	Työpaikka/työterveys- huolto Työhönkuntoutumisen palveluverkosto Opetushallinto (amma- tillinen perus- ja lisäkou- lutus, lukio-opetus, oppi- sopimuskoulutus) Työhallinto (maksullisina: ammatillisen kuntoutuk- sen arvio ja ohjaus, kun- toutuksen resurssiselvi- tys, työhön valmentavat palvelut) Työhallinto (työllistymi- sen tukeminen, mm. palkkatuki työnantajalle) Yksityinen terveyden- huolto	Päiväraha, tapa- turmaeläke tai an- sion-menetykskor- vaus/vakuutuslai- tos
Työkyvyttömyyden uhka tai työky-	Työelä- kelaitos	Kuntoutus- suunnitelman	Työpaikka/työterveys- huolto	Kuntoutusraha tai kuntoutustuki

vyttömyys sairauden vian tai vamman vuoksi · Ansiorajavaatimus täyttyy · Vakiintuminen työelämään		laatimisen tukeminen Työkokeilut Työhönvalmennus Työhön tai ammattiin johtava koulutus Elinkeinotuki	Työhönkuntoutumisen palveluverkosto Opetushallinto (ammatillinen perus- ja lisäkoulutus, oppisopimuskoulutus) Työhallinto (maksullisina: ammatillisen kuntoutuksen arvio ja ohjaus, kuntoutuksen resurssiselvitys, työhön valmentavat palvelut) Työhallinto (työllistymisen tukeminen, mm. palkkatuki työnantajalle)	+ kuntoutusko- rotus /työeläkelaitos
Työkyvyttömyyden uhka tai työkyky ja ansiomahdollisuudet olennaisesti heikentyneet sairauden vian tai vamman vuoksi · Työssä tai työtön · Ei saa työeläkelaitoksen ammatillista kuntoutusta	Kansaneläkelaitos	Työ- ja koulutuskokeilut Työ- ja koulutuskokeilut Kuntoutustarvelselvitykset Kuntoutustutkimukset Työhönvalmennus Perus-, jatko- ja uudelleen- koulutus sopivaan	Työpaikka/työterveys- huolto Työterveyshuollon päätöksellä työkokeilu omalla työpaikalla, muussa kuin omassa työssä Työhallinto (ammattinvalinta- ja urasuunnittelu- palvelut henkilöasiakkaalle) Opetushallinto (ammatillinen perus- ja lisäkoulutus, lukio-opetus, oppisopimuskoulutus)	Kuntoutus- raha/Kela Kuntoutus- raha/Kela Kuntoutusraha (tai kuntoutustuki) /Kela

		<p>ammattiin tai työhön sekä tähän välttämätön peruskoulutus</p> <p>Vaikeavammaisen työssä ja opiskelussa tarvitsemat kalliit ja teknisesti vaativat apuvälineet</p> <p>Elinkeinotuki</p>	<p>Työhallinto (mm. työolosuhteiden järjestelytuki ja palkkatuki työnantajalle, työvalmentajien palvelut)</p> <p>Sosiaalitoimi (vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä tukeva toiminta)</p> <p>Kuntoutuksen yhteistyöryhmä (ratkaisujen etsiminen useamman tahon yhteistyönä, kuntoutussuunnitelma varmistus)</p>	
<p>Nuoret pitkäaikaissairaat ja vammaiset vailla vakiintunutta työuraa</p> <ul style="list-style-type: none"> ·16-19 -vuotiaat, joilla työkyky ja ansiomahdollisuudet tai mahdollisuudet valita ammatti tai työ olennaisesti heikentyneet ja joilla sen vuoksi tarvetta tehostettuun työkyvyn arviointiin ja kuntoutukseen ·työkyvyttömyyden uhka ·työ- ja ansiokyvyn olennainen heikkenys 	Kansaneläkelaitos	<p>Yleissivistävä ja valmentava koulutus, peruskoulutus ja/tai ammatillinen peruskoulutus</p>	<p>Kotikunta (sosiaali-, terveys- ja opetustoimi) tekee opiskelu- ja kuntoutussuunnitelman (lakisääteinen 16-19 -vuotiaille olennaisesti vajaakuntoisille)</p> <p>Opetushallinto (mm. erityisopetus, valmentava ja kuntouttava opetus ja ohjaus, ammatillinen peruskoulutus tai ammatillinen erityisopetus, oppisopimuskoulutus)</p>	<p>Nuorten kuntoutusraha /Kela (KKRL 20 §)</p> <p>Kuntoutusraha /Kela (KKRL 18 §)</p>



		<p>Vaikeavammaisen työssä ja opiskelussa tarvitsemat kalliit ja teknisesti vaativat apuvälineet</p> <p>Työ- ja koulutuskokeilut, työhön valmennus</p>	<p>Työhallinto (ammatinvalinta- ja urasuunnittelu- palvelut henkilöasiakkaalle)</p> <p>Työnantaja (toimenpiteet työpaikalla)</p> <p>Työhallinto (mm. työkokeilu ja työharjoittelu työpaikalla, työvalmentajien palvelut, työolosuhteiden järjestelytuki ja palkkatuki työnantajalle)</p> <p>Sosiaalitoimi (vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä tukeva toiminta)</p> <p>Kuntoutuksen yhteistyöryhmä (ratkaisujen etsiminen useamman tahon yhteistyönä, kuntoutussuunnitelman varmistus)</p>	
<p>Vajaakuntoiset työttömät ja työttömyysuhan alaiset</p> <ul style="list-style-type: none"> · mahdollisuudet saada sopivaa työtä tai säilyttää työ huomattavasti vähentynyt vamman, sairauden tai vajavuuden takia · työkyvyttömyyden uhka ei todennäköinen 	Työhallinto	<p>Työnvälityspalvelut</p> <p>Ammatinvalinta- ja urasuunnittelu, siihen liittyvät terveydentilaa ja soveltuvuutta</p>	<p>Terveystilan tutkimukset ostopalveluina terveydenhuollosta</p>	<p>Työttömyysturva, työmarkkinatuki /työttömyyskassa tai Kela</p> <p>koulutustuki, ylläpitokorvaukset, muut toimeentuloturva etuudet</p>

		<p>selvittävät tutkimukset</p> <p>Työhönsijoitus- ja koulutusneuvonta, siihen liittyvät työkunnan tutkimukset ja kuntoutustutkimus</p> <p>Työ- ja koulutuskokeilut ammattioppilaitoksissa ml. tutustumiskäynnit</p> <p>Työkokeilut työpaikalla ja työlinikassa</p> <p>Työhön valmennus työlinikalla ja työvalmentajan palvelut muussa valmennusyksikössä</p> <p>Työvoimapolitiittinen aikuiskoulutus (valmentava ja ammatillinen työvoimakoulutus)</p> <p>Työolosuhteiden järjestelytuki työnantajalle</p>	<p>Työterveyshuollon kuntoutuspäätöksellä työkokeilu omalla työpaikalla</p> <p>Opetushallinto (ammatillinen perus- ja lisäkoulutus)</p> <p>Sosiaalitoimi (vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä edistävä toiminta)</p> <p>Sosiaalitoimi (kuntouttava työtoiminta aktiivointiehdon täyttävälle työttömälle)</p>	<p>/työhallinto</p> <p>Kelan kuntoutusraha</p>
--	--	--	---	--

		Palkkatuki työnantajalle vajaakuntoisen työnhakijan työllistämiseksi	Kuntoutuksen yhteistyö- ryhmä (ratkaisujen etsi- minen useamman tahon yhteistyönä, kuntoutus- suunnitelman varmistus)	
--	--	--	---	--

- 1) Asiakkaan tilanne: terveydentilan, työkyvyn , työkyvyttömyyden tai sen uhkan sekä työssä olon ja työelämään kiinnittymisen mukaan
- 2) Ensisijainen vastuutaho: ammatillisesta kuntoutuksesta tai sen tarpeen selvittämisestä ensisijaisesti vastuussa oleva taho (järjestäjä ja kustantaja)
- 3) Toimenpiteet: ensisijaisen vastuutahon järjestämät ja kustantamat toimenpiteet
- 4) Muut tahot: muita toimenpiteiden järjestäjiä ja/tai kustantajia tai palvelun tuottajia
- 5) **Toimeentuloturva:** kuntoutuksen aikainen toimeentuloturva asiakkaan tilanteen ja kuntout

LIITE 2. Tukiverkostossa esiin nousseet teemat

A. Kelan vastuulla olevan ammatillisen kuntoutuksen järjestäminen

1. Minkälaista Kelan ammatillisen kuntoutuksen lainmuutoksen toimeenpanoon liittyvää seurantaa toivoisitte?
2. Mikä merkitys voisi olla työeläkelakien mukaisen ammatillisen kuntoutuksen perustumisella työ- ja opiskelukyvyn olennaiseen heikentymiseen (nykyisin työkyvyttömyyden uhka) vastaa-
vasti kuten Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteeri?

B. Työttömien ammatillinen kuntoutus

1. Minkälainen kuntoutuksen eri toimijoiden (terveydenhuolto, sosiaalitoimi, Kela, työeläkejärjestelmä, vahinkovakuuttajat, kuntoutuksen palveluntuottajat) yhteistoiminta tukisi työttömien kohdalla ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää TE-toimiston koordinaatiotehtävää?
2. Tulisiko sosiaalista näkökulmaa edelleen vahvistaa työttömien ammatillisessa kuntoutuksessa esimerkiksi mahdollistamalla pääsy ammatilliseen kuntoutukseen pelkästään sosiaalisin perustein ja/tai yhdistämällä ammatillista ja sosiaalista kuntoutusta nykyistä saumattomammin?

C. Työllisten ammatillinen kuntoutus

1. Työterveyshuollolle määritelty työkyvyn tukemisen case management -tehtävä eli työkyvyn yksilöllisen tuen koordinointi ja yhteensovittaminen: Millä keinoin tämä voisi toteutua nykyistä

kattavammin monimuotoistuvassa työelämässä? Miten työnantajien vastuuta tässä yhteydessä voisi lisätä? Millaista terveydenhuollon yhteistyötä tarvitaan, jotta työkyvyn tuen kohdentuminen laajenisi?

2. Millaisilla palkan ja sosiaaliturvan yhteensovittamisen ratkaisuilla päästäisiin nykyistä joustavampiin työnteon, työkyvyn alenemisesta johtuvan tuotannonaleneneman kompensoinnin sekä kuntoutumisen, toipumisen ja työhön osallistumisen ratkaisuihin?

D. Yhteiskeskustelu

Asiakaslähtöisen ammatillisen kuntoutuksen tulevaisuus: mitä tämä edellyttää työnjaolta, yhteistoiminnalta, ohjaukselta?

1. Millaista ammatillisen kuntoutuksen valtakunnallista koordinaatiota mielestänne Suomeen tarvitaan? Miten se tulisi organisoida ja resursoida?
2. Millaisia muutoksia ammatillisen kuntoutuksen eri toimijoiden käytäntöihin tulisi luoda, jotta tapauskohtainen asiakkaan kuntoutumista tukeva yhteistyö voisi käytännössä toteutua alueellisesti ja paikallisesti? Millä osaamisella, organisoimisella, käytännöillä ja resursseilla yhteistyö toteutettaisiin?